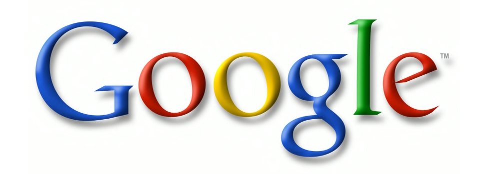
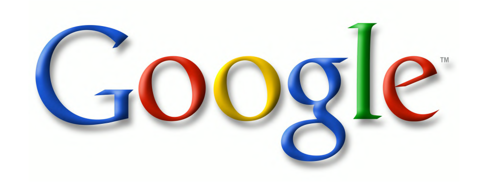
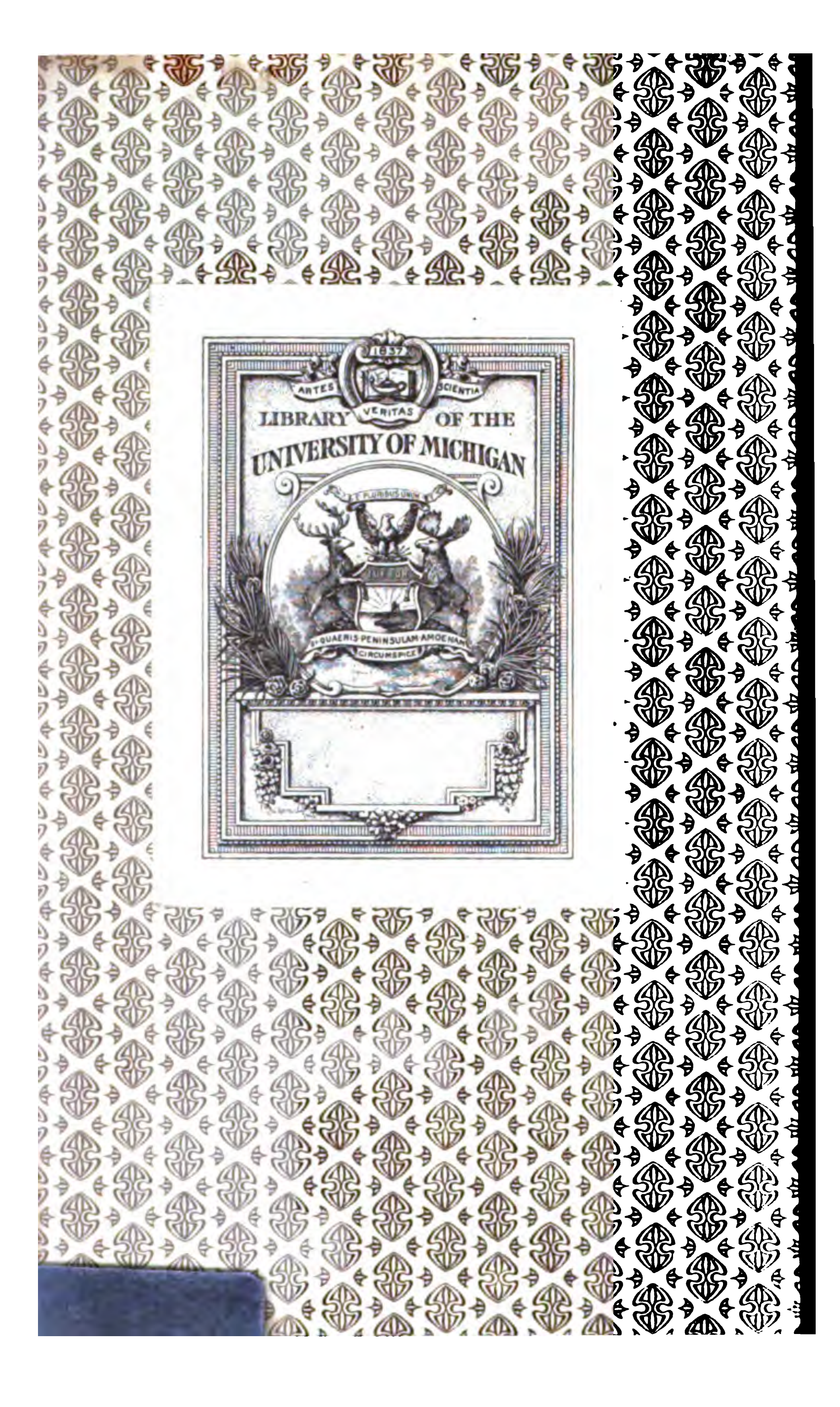
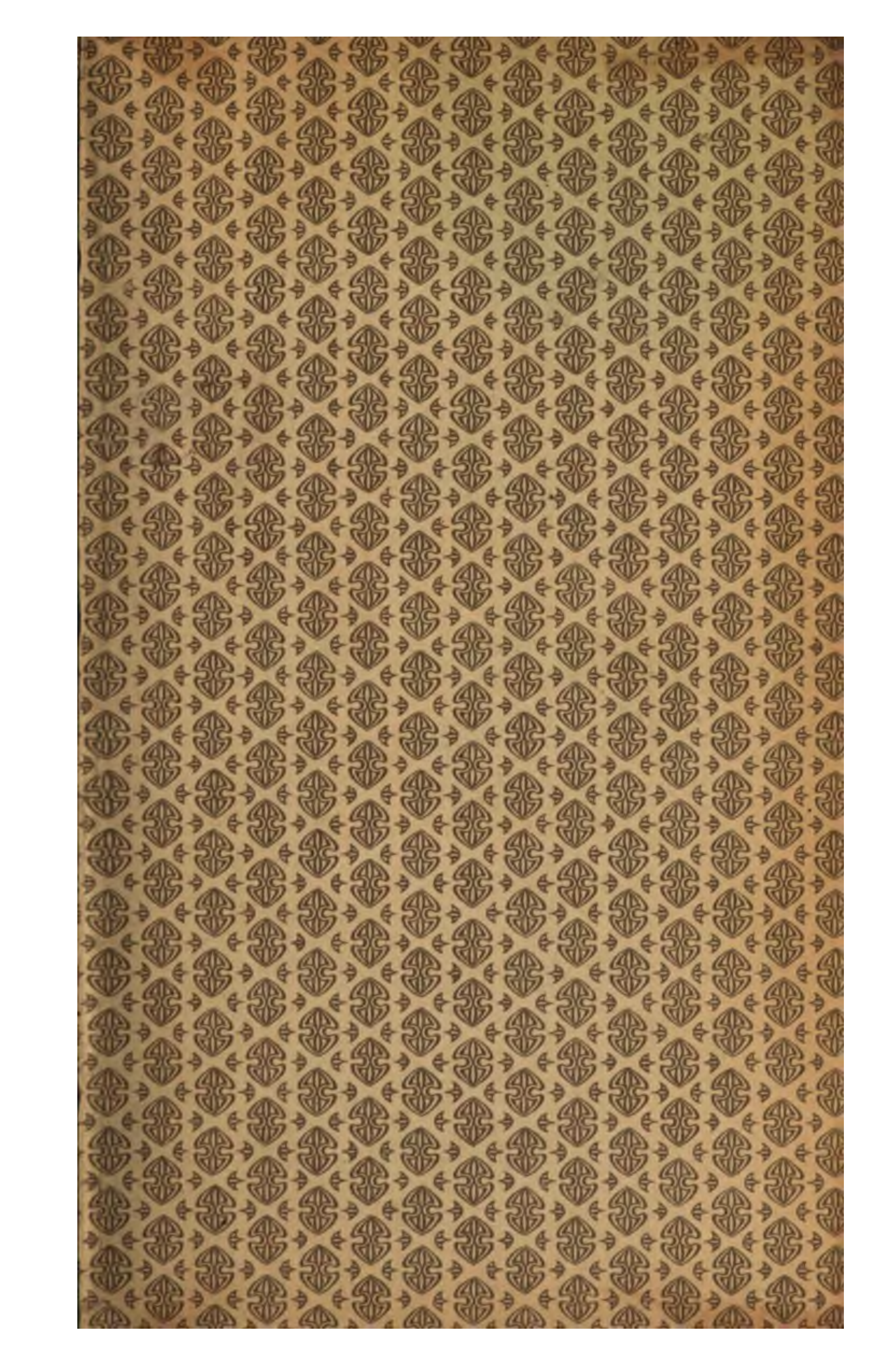





A 3 9015 00385 608 8
University of Michigan – BUHR



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XVII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Gynécologie paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	18	francs.
Pour les départements...........	20	—
Pour l'Europe...................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique....	23	—
Pour les autres parties du monde.	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Leblond, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr Pinard, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XVII

Contenant des travaux de MM.

ATTHILL, BAR, BARNES, BUDIN, CANTACUZÈNE, DESCROIZILLES, DUPLAY, ENGELMANN, GALLARD, GUICHARD, HERRGOTT. MUNDÉ, OLIVIER, PAJOT, PHELIPPEAUX, PIASECKI, PICARD, PILAT, POLAILLON, ROCHER, TARNIER.

1882

(1er SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1882

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BERGERON (G.), prof. à la Faculté de Lille.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine.
BOZEMAN, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
BROUARDEL, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Charité.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
GALLARD, médecin de l'Hôtel Dieu de Paris.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de l'hôpital Beaujon.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Édouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Édouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

DES ACCOUCHEMENTS DIFFICILES
PAR LA DIRECTION VICIEUSE DES FORCES.

Par le Professeur Pajot.

On admet généralement, et avec raison, les présentations *inclinées* comme des obstacles peu sérieux à l'engagement de la partie fœtale.

Les auteurs anciens les considéraient cependant comme des difficultés d'un assez grand intérêt pour que Baudelocque les ait fait entrer, comme présentations spéciales, dans sa classification. Peut-être les a-t-on rayées trop complètement aujourd'hui, et faudrait-il au moins les conserver à titre de *variétés*, car, s'il est vrai qu'elles sont rares, et si le plus sou-

vent, les forces expulsives suffisent à leur redressement et à leur disparition, il est des cas où elles peuvent épuiser l'action utérine et constituer un obstacle insurmontable à l'expulsion spontanée.

Et d'abord il est évident que les présentations *inclinées* ne représentent autre chose qu'une déviation de l'action utérine, sollicitée, il est vrai, par des conditions physiques ; ce n'est pas le fœtus qui se place dans ces situations, on ne trouverait pas un médecin de nos jours pour défendre l'opinion contraire.

Si la partie fœtale a quitté l'attitude naturelle, c'est que sous l'influence d'une disposition de l'utérus, du bassin, d'une tumeur, d'un second fœtus, des viscères abdominaux sains ou malades, ou bien sous l'action du commencement du travail, ou même saisi par les contractions indolores de la fin de la grossesse, le fœtus a été contraint, *mécaniquement*, d'abandonner une partie du pelotonnement auquel il est condamné par le sens de ses flexions et par la forme et la capacité de son contenant. Une fois défléchi en quelque point, les puissances, en agissant dans les directions favorables, ou rectifieront la déviation fœtale, ce qui aura lieu le plus souvent ; ou peut-être augmenteront l'aberration, et pourront même s'épuiser contre l'obstacle. Mais si par suite de l'impossibilité où se trouvera l'utérus (comme dans le cas de tumeurs, d'un second enfant ou de toute autre cause) de se contracter suivant l'axe nécessaire pour rétablir l'engagement, suffisamment *franc* de la partie fœtale, l'inclinaison angmentera de plus en plus, jusqu'à changer la présentation ou à user la contraction utérine contre un engagement complet, impossible.

N'est-ce pas ainsi qu'il faut comprendre certaines présentations de la face, et aussi quelques présentations du tronc succédant aux extrémités céphalique et pelvienne.

Il est très vrai qu'au début du travail, encore assez souvent la direction de l'action utérine se fait sentir de droite à gauche plutôt que directement dans l'axe du détroit supérieur, en raison de l'inclinaison droite du corps utérin qui est la règle; mais ici, cette direction momentanément vicieuse, ne peut avoir

d'autre effet que la déperdition d'une petite partie de la puissance. Etant généralement engagé dans le détroit supérieur, au début du travail, le fœtus sert bientôt de *tuteur* à l'utérus, et, pour peu que l'engagement augmente, la direction des efforts utérins et abdominaux est vite redressée et rendue conforme aux axes du canal osseux.

Un fait très commun, à mon sens fort digne d'attention, et qu'on ne remarque guère, parceque la nature se suffit presque toujours alors, c'est la fréquence de la direction vicieuse de la contraction utérine par rapport à l'utérus lui-même, c'est-à-dire à son orifice.

Combien ne voit-on pas souvent la contraction porter sur le segment antérieur, et pendant longtemps, au lieu de presser la partie fœtale, dès le début, contre l'orifice utérin. La fermeté des parois abdominales chez les primipares en est-elle la cause?

Mais il ne s'agit ici que de la *direction vicieuse* de la contraction utérine *par rapport au bassin*, complication assez rare des accouchements, et dont voici un exemple qui m'a paru intéressant.

Dans le mois de décembre dernier (1881) je suis prié par MM. les Drs Montagard père et fils de les assister dans un accouchement qui dure depuis trente-quatre heures, et qui ne paraît pas pouvoir se terminer spontanément.

La jeune femme est blonde, assez vigoureuse, bien constituée. Elle est accouchée une fois déjà heureusement.

Mes confrères ont constaté une grossesse gémellaire, et ils pensent que le premier enfant, qui se présente par le siège, est arrêté par le second, situé de façon à s'opposer à la progression de l'autre.

On va voir que ce diagnostic était exact, mais non pas abso-

lument comme l'entendaient mes deux confrères, et comme je fus porté à l'entendre moi aussi, avant un examen complet.

Le ventre est énorme, le palper fait percevoir aisément deux masses distinctes, l'une à gauche et en avant, l'autre à droite et plus en arrière, sauf en bas, où la dureté et la rondeur de la tumeur fait soupçonner une tête occupant la fosse iliaque droite ; de même qu'à gauche et en haut, on sent une forme arrondie dont la solidité donne la sensation de l'extrémité céphalique d'un second fœtus.

L'auscultation ne fournit aucun signe au moment de mon examen, mais l'utérus est presque constamment tendu.

Le toucher fait reconnaître, sans hésitation, le sillon des fesses touchant la face latérale droite de l'excavation par son extrémité sacrée, puis l'anus et la pointe du coccyx regardant à gauche et en arrière ; les parties génitales du fœtus, énormément tuméfiées dans la partie la plus accessible, donnent la sensation d'une poche membraneuse remplie de liquide. En touchant avec l'indicateur aussi haut que l'on peut atteindre, il me semble bien que c'est une grande lèvre, cependant je ne l'affirmerais pas.

De plus, les membranes se sont rompues dans la nuit et depuis 7 à 8 heures du matin, (il est 2 heures de l'après-midi) l'engagement n'a pas progressé, malgré des contractions très énergiques et pareilles à celles qui surviennent en ma présence.

Je me demande, après un examen très minutieux et très attentif, quelle est la difficulté ?

Il était bien facile de reconnaître la direction anormale de la présentation. Evidemment ce siège fœtal ne se présente point *franchement* dans l'excavation (la partie la plus basse est au niveau de la moitié du petit bassin).

S'il me fallait formuler mon diagnostic, je dirais : *présenta-*

tion inclinée du siège ; *variété* iliaque droite; *position* sacro-iliaque droite antérieure.

Mais puisque, suivant les auteurs classiques, les *inclinaisons* de présentations constituent à peine des difficultés, à ce point que plusieurs auteurs modernes n'en ont point parlé à propos du siège et de son mécanisme, serait-ce donc que la tête du second enfant tend à s'engager dans le détroit supérieur en même temps que la hanche gauche du premier fœtus ?

Dans l'impossibilité où je suis de me rendre compte de la cause qui arrête l'expulsion, je fais chloroformer la patiente, toutes mes dispositions prises pour une extraction artificielle. Un de mes confrères donne le chloroforme, l'autre est au pouls et à la respiration, la sage-femme et une aide tiennent les membres pelviens.

La malade est anesthésiée en cinq à six minutes.

La période d'excitation est très courte, elle disparaît rapidement avec de fortes doses de chloroforme, en ayant le soin de mêler largement l'air aux inhalations anesthésiques. Le sommeil survient, *mais la malade reste sensible*, encore pendant trois ou quatre minutes. Je m'en assure par le pincement de de la peau. Dès que l'insensiblité est complète, la compresse est enlevée, je procède à l'exploration.

Comme j'ai trouvé plus de place dans l'excavation à gauche (de la femme) qu'à droite, je graisse ma main droite, sur la face dorsale, et je la fais pénétrer doucement mais profondément jusqu'à l'aine du fœtus, l'indicateur, recourbé en crochet, prend un point d'appui solide et je commence des tractions en bas, d'abord douces, puis de plus en plus énergiques, *sans aucun résultat.*

C'est alors seulement que je m'aperçois, pendant une contraction, que le fœtus engagé est poussé, non pas dans l'axe de l'excavation, mais *obliquement* contre la paroi latérale *droite* du petit bassin, de façon que l'effort tend à engager la fesse et la hanche *droites* et à remonter la fesse et la hanche *gauches* au-dessus du détroit, au lieu de faire descendre le siège tout entier; en un mot, le fœtus exécute, à chaque contraction, le

mouvement de flexion latérale à l'aide duquel il se ***dégage à la vulve*** dans l'expulsion par le siège (fig. 1).



FIGURE 1.

La raison de l'arrêt dans la progression devient alors évidente. L'indication en découle naturellement. Il faut ramener la totalité de la présentation dans l'axe de l'excavation, d'où chaque contraction l'éloigne de plus en plus.

Sans quitter l'aine de la main droite, je passe avec la main gauche un crochet mousse sous mon doigt, et, quand je suis assuré qu'il est bien placé dans l'aine, je retire la main droite avec laquelle je fais de douces tractions sur le crochet, pendant les douleurs, tandis, qu'introduisant l'index gauche dans l'anus, j'exerce une pression prudente comme pour ramener la fesse droite vers la paroi gauche du bassin, et, après quelques contractions aidées par cette manœuvre, l'anus arrivant au centre de l'excavation, je puis enlever le crochet, saisir les *deux* aines avec les deux indicateurs, et terminer alors l'extraction en deux à trois minutes.

Si le siège et le tronc du second enfant ne se fussent point opposés à l'***accommodation*** du premier fœtus avec l'axe longitudinal de la matrice, les contractions eussent évidemment accompli ce parallélisme, ou plutôt cette confusion des deux axes utérin et fœtal. Le résultat eut été d'abord l'engagement égal des deux hanches au détroit supérieur, puis l'engagement plus profond de la hanche antérieure, qui eut apparu sous l'ar-

cade, alors que l'autre accomplissait son long trajet dans la région postérieure du bassin.

Mais le second enfant constituant une impossibilité matérielle au redressement du premier, la force aveugle, agissant alors dans une direction oblique, de gauche à droite et de haut en bas (1), devait fatalement engager tout le côté droit du fœtus, aussi profondément que possible, le dirigeant vers la paroi latérale droite de l'excavation, en raison de la flexibilité du tronc fœtal, qui entraînait à son tour le mouvement ascensionnel de la hanche gauche vers le détroit supérieur ; en un mot, plus le côté droit descendait, plus le côté gauche remontait.



FIGURE II.

Et si la tête du second enfant n'eût arrêté absolument le mouvement en haut, la fesse gauche aurait glissé sur la fosse iliaque

(1) On sait, qu'*en obstetrique*, toutes les directions sont prises sur la femme et non par rapport à l'accoucheur.

et la présentation du tronc eut pu remplacer la présentation pelvienne. Mais la présence du second fœtus arcbouté par le siège, contre la paroi supérieure ou mieux, le fond de l'utérus, et dont la tête occupait cette fosse iliaque, limitant le mouvement en haut de la hanche gauche du premier enfant, le travail d'engagement devait forcément être arrêté, et il l'était depuis six heures au moment de mon arrivée.

Mais, nous le répétons, ce ne fut qu'après l'examen complet, *avec toute la main*, la femme ayant été chloroformée, que le sens de ces difficultés nous apparut nettement.

On ne saurait trop le redire, c'est encore là un des immenses services rendus par l'anesthésie, à la pratique obstétricale.

Le chloroforme permet d'établir, avec *toute la main*, un diagnostic sûr, dans des cas dont l'obscurité persiste malgré l'emploi des moyens d'exploration ordinaires.

C'est pour avoir négligé d'avoir recours à cette pratique si facile et qui n'est troublée ni par les cris, ni par les mouvements de la patiente, que des accoucheurs imprudents ont été conduits à des opérations sanglantes inutiles et ont causé la mort des femmes, que la plus simple des manœuvres eut suffi pour accoucher.

Je n'ai cessé, pour ma part, de recommander dans mon enseignement de ne point hésiter à employer l'anesthésie, *avant de rien entreprendre*, afin d'éclairer le diagnostic, pour si peu qu'il soit douteux.

L'enfant naquit *étonné*, mais moins de cinq minutes après sa sortie, il ouvrait les yeux et criait.

Cet enfant, du sexe féminin, pesait 3,875 grammes.

Le cordon fut lié des deux bouts.

En plaçant la main sur le ventre de l'accouchée, on y sentait facilement une seconde masse qui me laissa quelques doutes d'abord sur sa nature, mais en l'examinant plus attentivement par le palper, je ne doutai plus de la présence d'un second fœtus.

Le sommeil chloroformique dura au moins dix minutes après

l'extraction, et je pus constater encore, comme je l'ai fait plusieurs centaines de fois, que le sommeil du chloroforme n'est pas l'anesthésie et que l'insensibilité est *au-delà* du sommeil.

Quelques minutes après le réveil, l'accouchée eut une hémorrhagie assez abondante. On administra, sur mon conseil, 25 centigrammes de poudre fraîche d'ergot.

Mais je ne voulus pas procéder sur-le-champ à l'extraction du second enfant. Il me parut que nous courions trop de risques à désemplir aussi rapidement une matrice si énormément développée.

Je laissai l'expulsion du second enfant aux soins de mes confrères, en me tenant à leur disposition.

M. le Dr Montagard fils m'écrivit que, deux heures après mon départ, le second travail était fort avancé et qu'il l'avait terminé par une application de forceps, le second enfant se présentant par le sommet.

Celui-là était un garçon du poids de 2,950 grammes, ce qui, joint aux 3,875 du premier, ajoutés aux placentas et au liquide, devait donner au ventre un volume qu'on peut aisément se représenter.

Le second enfant était vivant comme le premier. Mon confrère m'écrit que les deux enfants et la mère vont bien.

En ne considérant, dans cette observation, que les difficultés de l'expulsion du premier fœtus, on voit combien la mauvaise direction, forcément persistante des contractions utérines, entraînant une déviation de plus en plus prononcée, combien, disons-nous, cette *direction vicieuse* peut devenir l'occasion d'un ralentissement et même d'un arrêt complet de la progression.

Sans doute, les accoucheurs du XVIIIe siècle attachaient généralement une trop grande importance aux obliquités utérines, productrices d'une mauvaise direction des contractions, et cause très fréquente, à ce qu'ils croyaient, des difficultés de l'expulsion.

Qu'il y eut une exagération évidente dans le rôle qu'ils attribuaient au défaut de parallélisme, entre l'axe de la force et l'axe

moyen que le fœtus doit suivre, pour arriver à parcourir le canal osseux et à en sortir, cela ne fait doute aujourd'hui pour personne. Deventer, entre autres, voyait dans les obliquités utérines la source du plus grand nombre des cas de dystocie. Pas un accoucheur de nos jours ne peut admettre de pareilles théories.

Mais les modernes n'ont peut-être pas assez accordé d'influence à la *direction vicieuse* des forces sur la marche du travail.

En effet, quand les puissances contractiles agissent suivant une mauvaise direction, une fois la partie fœtale engagée dans le détroit, il est prouvé que, le plus ordinairement, les forces expulsives sont ramenées dans la ligne favorable, si aucune résistance physique ne s'y oppose, en vertu de la *loi d'accommodation* que j'ai enseignée depuis près de trente ans; mais si quelque condition toute mécanique vient à empêcher la rectification nécessaire, alors la *direction vicieuse* deviendra fatalement la cause d'une présentation irrégulière qui s'accentuera de plus en plus, mais l'expulsion se terminera encore, parfois, malgré cette irrégularité. D'autres fois aura lieu une transformation de la présentation en une autre, peut-être dangereuse. Enfin, de l'aberration dans la direction des forces, il pourra résulter une impuissance graduelle et définitive des contractions, d'où un arrêt dans la progression qui contraindra l'accoucheur à intervenir. L'observation précédente en est un exemple.

Je me suis vu, il y a une vingtaine d'années, dans la nécessité de faire une application de forceps très difficile, dans un cas de présentation du sommet, en première position, mais avec une variété pariétale droite des plus prononcées. Il me fut impossible de me rendre compte des circonstances qui avaient déterminé cette inclinaison.

Quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans le cas de *direction vicieuse* de la contraction utérine?

L'indication est précise, mais elle est plus facile à formuler qu'à remplir.

Ou, ramener l'utérus dans l'axe normal.

Ou ramener l'axe de la partie fœtale, dans l'axe de l'excavation.

Les moyens d'exécution varieront, nécessairement, autant que les déviations elles-mêmes. Le bon sens et le jugement de l'accoucheur le guideront mieux que tous les préceptes.

Mais je ne saurais terminer cette note sans une remarque qui s'y rapporte certainement.

Il n'y a pas une année pendant laquelle, depuis quarante ans, je n'aie été appelé, au moins *une fois*, pour faire une application de forceps dans quelque accouchement qui paraissait ne pas devoir finir spontanément, et cette opération, qu'on me demandait, je ne la faisais point, et l'accouchement se terminait naturellement avec quelques conseils. Un bon nombre de nos confrères pourraient en témoigner.

Que se passait-il donc? Je trouvais ordinairement une jeune femme avec un travail avancé; le plus souvent, elle était découragée et l'accoucheur, désespérant de voir l'expulsion se terminer seule, laissait sa cliente étendue sur le lit, les jambes rapprochées, souvent couchée sur un côté et supportant ses douleurs dans la situation où elle se trouvait.

Je faisais, après l'examen, placer la patiente sur le dos; les reins soutenus et la tête assez élevée, je lui enjoignais de fléchir les cuisses et les jambes *au début de chaque douleur*, je lui recommandais de joindre ses efforts à ceux de l'utérus dès qu'elle en éprouvait la sollicitation, je l'encourageais, lui laissant voir l'espérance d'accoucher sans opération, si elle le voulait bien; il lui était permis de se placer dans telle position qui la soulageait *dans l'intervalle des contractions*, mais pour revenir à la position obstétricale *dès l'apparition de la douleur*; et le plus souvent par cet ensemble de soins continués avec persévérance, l'expulsion spontanée était obtenue. C'est que, de même qu'il existe une position instinctive pour vider la vessie et le rectum chez les femmes (et même chez les hommes) de même, il existe une position comparable pour la parturition.

La direction des efforts, le relâchement des muscles, toutes

les conditions qui peuvent faciliter la défécation et la miction normales, sont réunies dans l'attitude instinctive. On peut, sans doute, accomplir ces actes fonctionnels dans toutes les situations, comme l'accouchement, lui aussi, jamais aussi facilement que dans cette position qu'on retrouve modifiée, mais analogue, même chez les animaux supérieurs. P. Dubois comparaît souvent l'accouchement à la défécation difficile. Il y a plus d'une analogie, en effet, entre ces deux actes fonctionnels.

Les américaines et les anglaises se placent sur le côté et fléchissent les membres pelviens. La situation n'est pas mauvaise absolument. Elle ne vaut pas, au point de vue de la direction des forces, la position que donnent les accoucheurs français, mais à la condition de faire comprendre aux femmes en travail l'utilité de cette attitude pendant la contraction.

Je concluerai : que la *direction* plus ou moins *vicieuse* des forces utérines et volontaires, n'amène pas le plus ordinairement d'autre résultat qu'une prolongation du travail.

Mais, par exception, la présentation peut se dévier de telle sorte, que si une condition quelconque en empêche le redressement, la *direction vicieuse* des forces peut devenir la cause première d'un arrêt dans l'engagement et nécessiter une intervention, parfois difficile.

Prof^r Pajot.

MATERNITÉ DE PARIS. — SERVICE DE M. TARNIER.

NOTE SUR UN CAS D'AMPUTATION CONGÉNITALE

Par M. Paul Bar, ancien interne du service.

Dans ces derniers temps on a publié un certain nombre de cas d'amputation spontanée des membres se produisant chez des enfants ou chez des adultes. Ces faits ont été rapprochés d'une part d'observations curieuses d'amputation spontanée recueillies surtout dans les régions tropicales et d'autre part des amputations congénitales.

On a pensé que ces affections considérées jusqu'ici comme étant d'origine complètement distincte pourraient bien être le produit ultime d'un seul et même processus.

Pendant que nous avions l'honneur d'être attaché comme interne au service de M. Tarnier, nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas d'amputation congénitale des doigts que nous croyons des plus intéressants au point de vue anatomique et de l'interprétation dont il est susceptible.

Nous nous proposons dans cette note de donner notre observation et de la faire suivre des quelques remarques que nous ont suggérées les lectures que nous avons faites à ce sujet, et les pièces anatomiques que nous avons pu examiner.

Observation.

Le 28 juillet 1880, la surveillante du service d'accouchement vint m'avertir qu'un enfant qui était né la veille présentait une malformation curieuse de la main. Je demandai immédiatement à voir l'enfant et à interroger la mère.

La mère était une primipare de 27 ans, qui était accouchée natu-

rellement le 27 juillet 1880 à 10 h. du matin d'une fille pesant 2000 gr.

Je ne trouvai sur elle aucun signe apparent de syphilis et dans les réponses qu'elle me fit à ce sujet, je n'ai rien pu saisir qui m'autorisât à croire qu'elle avait été atteinte de cette diathèse.

Jusqu'à l'âge de 25 ans, cette femme avait joui d'une bonne santé. Elle était toujours réglée très régulièrement. En 1878, sa santé commença à s'altérer, elle maigrit, et fut prise d'une toux sèche et fréquente. En 1879, il lui devint impossible de continuer son travail habituel (elle était domestique), son amaigrissement s'accentua, enfin elle eut une violente hémoptysie.

Elle est devenue enceinte à la fin de l'année 1879; sa grossesse s'est poursuivie régulièrement malgré son mauvais état général; elle est entrée à la Maternité le 27 juillet lorsque les premières douleurs de l'accouchement étaient déjà apparues.

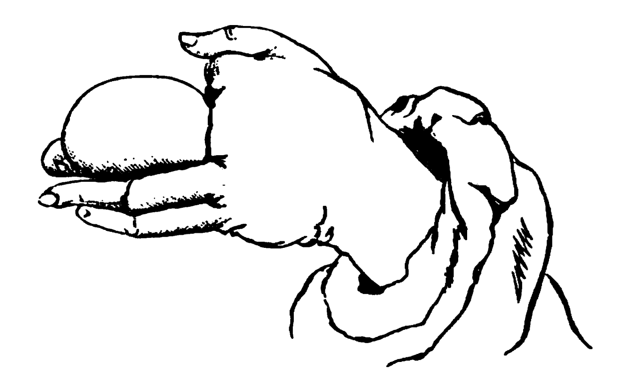
Cette malade était phthisique à un degré déjà très avancé. Elle était atteinte d'une laryngite intense de nature tuberculeuse. La percussion et l'auscultation m'ont montré qu'il y avait une grande caverne au niveau de la fosse sous-épineuse droite, de l'induration au sommet gauche.

Accouchement. — Je ne puis donner que des renseignements très vagues sur l'accouchement et sur l'état du placenta et des membranes, car je n'ai pas assisté à l'accouchement et tout me porte à croire que l'examen des membranes n'a pas été fait avec une attention suffisante par l'aide sage-femme de service. Je dois cependant dire que cette dernière m'a affirmé que l'on n'avait pas retrouvé le doigt manquant, et que les annexes du fœtus ne présentaient rien qui méritât d'être noté.

Enfant. — L'enfant petit, du poids de 2000 grammes est parfaitement constitué; il ne présente aucune anomalie en dehors de celles qui existent à la main gauche, et que nous allons décrire. Pour permettre de suivre plus aisément notre description nous avons fait reproduire ci-contre le dessin que M. le Dr Noël a bien voulu faire de cette main. Le petit doigt est normal, il présente exactement la même longueur que le petit doigt de la main droite.

La longueur de l'annulaire est la même que celle de ce doigt de la main droite. Il présente un sillon nettement marqué, très étroit et déprimant assez fortement la peau. Ce sillon est disposé de la manière suivante : sur la face dorsale du doigt en partant du bord interne

c'est-à-dire de celui qui regarde l'axe de la main, il naît un peu au-dessous de l'articulation de la première phalange avec la seconde et se porte vers le bord externe en décrivant un trajet oblique, de telle sorte qu'il atteint ce bord un peu au-dessus de l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième. (Voir le dessin ci-contre où ce sillon est figuré par une ligne fortement ombrée.)



Sur le bord externe du doigt, ce sillon se continue en se portant directement en avant et se prolonge sur la face palmaire de ce doigt en se dirigeant obliquement en dedans et en haut; il vient s'arrêter au bord interne de la phalange. Il suit, en un mot, un trajet symétrique à celui qu'il a décrit sur la face dorsale.

Sur le bord interne il n'y a pas trace de sillon. On ne trouve sur ce doigt aucun vestige de brides ni d'adhérences.

Medius. — Le medius présente une tumeur, du volume et de la forme de laquelle le dessin ci-joint donnera facilement une idée. Elle est rénitente et s'étend du milieu de la première phalange à la partie supérieure de la troisième, point où elle se termine en olive. La peau a une teinte jaunâtre sur la face dorsale, rosée sur la face palmaire et elle paraît très amincie. Si on exerce sur elle une compression un peu forte, on voit s'écouler à son extrémité supérieure un liquide blanc filant, ayant l'apparence de la synovie. A cette extrémité est un sillon profond, étroit, paraissant aller jusqu'à l'os. On ne voit aucune trace de brides à son niveau. Il est possible d'imprimer de légers mouvements de latéralité à la partie du doigt qui est gonflée, et on peut se convaincre qu'il suffirait d'un léger effort pour la détacher.

L'index n'est plus représenté que par un moignon comprenant en-

viron la moitié de la première phalange. A son extrémité se trouve un pli qui paraît formé de tissu cicatriciel.

Le pouce est beaucoup plus petit qu'à l'état normal; son extrémité répond exactement à celle du moignon de l'index.

La tumeur située sur le médius alla diminuant de volume.

Le sillon placé sur l'annulaire s'accentua peut-être un peu. Mais il ne se prolongea pas. Au bout de trois semaines, l'enfant succomba aux Enfants-Assistés, où il avait été transporté. Grâce à la bienveillance de M. Parrot et à l'obligeance de M. Jean son chef de clinique, nous avons pu nous procurer la main de l'enfant afin d'en faire l'examen anatomique.

Examen histologique.

Je me suis attaché à étudier surtout les points suivants :

1° Etat du moignon existant à l'index.

2° Altérations subies par la peau et les parties profondes.

3° Faire la même étude au niveau du sillon moins profond qui siégeait sur l'annulaire.

4° Etat du pouce qui était atrophié.

1° *Etat du moignon de l'index.* — L'articulation métacarpo-phalangienne présente une disposition complètement normale aussi bien du côté des cartilages épiphysaires que de celui de la synoviale.

La partie de l'os qui a été sectionnée est très amincie, elle est recouverte d'une calotte fibreuse qui semble se continuer avec le périoste et sur laquelle s'insèrent les tendons fléchisseurs et extenseurs.

La peau sur toute l'étendue du moignon, présente une structure normale. Nous n'avons noté aucun changement ni du côté du derme ni du côté de l'épiderme, et l'irrigation vasculaire ne paraît pas modifiée (1).

A l'extrémité du moignon, la peau a subi quelques altérations. L'épiderme conserve son épaisseur normale mais les papilles vont diminuant de volume au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'axe du moignon, point où elle finissent par disparaître. A ce niveau,

(1) Nous avons comparé toutes ces préparations à celles que nous avions obtenues en faisant la coupe d'un doigt normal, pris sur un enfant né au huitième mois et qui avait succombé quelques jours après sa naissance.

le derme est épaissi et est formé par des trousseaux fibreux entre lesquels cheminent des vaisseaux sanguins plus étroits et plus rares que dans les autres parties de la peau. Les glandes ont presque totalement disparu par places, on observe seulement quelques îlots conservés, mais plus grêles qu'à l'état normal.

L'état fibreux du derme est surtout accentué sur l'espace linéaire cicatriciel que nous avons mentionné plus haut.

2° *Médius.* — Une coupe antéro-postérieure du doigt, faite suivant l'axe de ce dernier, nous montre que le sillon répond à la partie moyenne de l'os de la première phalange.

Nous avons étudié la structure anatomique :

A. — De la portion saine, c'est-à-dire la partie du doigt qui est située au-dessus du sillon.

B. — De la partie du doigt qui correspond au sillon.

C. — De la portion du doigt située au-dessous du sillon et qui est fortement augmentée de volume.

A. — *Portion du médius située au-dessus du sillon.* — La peau est tout à fait normale. Le derme, les papilles, les glandes, les vaisseaux n'ont subi aucune altération.

Seul l'os présente quelques modifications. Son cartilage épiphysaire au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ne paraît pas altéré ; mais, si on suit le corps de l'os, on voit qu'au voisinage du sillon, le tissu osseux devient de plus en plus raréfié tandis que le périoste s'épaissit.

B. — *Sillon.* — En ce point nous trouvons plusieurs modifications intéressantes. Nous étudierons successivement l'état de la peau.:

a. — Sur le versant supérieur du sillon, c'est-à-dire la partie qui s'élève du fond et va se continuer avec la partie supérieure du doigt.

b. — Au fond même du sillon.

c. — Sur le versant inférieur qui se relève pour se continuer avec la peau qui recouvre le segment inférieur du doigt.

a. — *Versant supérieur.* — Au fur et à mesure que l'on se rapproche du fond du sillon, on voit les papilles se déformer ; les vaisseaux qui s'y rendent sont plus larges que dans les parties normales de la peau. Le derme présente une structure fibreuse de plus en plus

accentuée, et il est un peu épaissi. On voit encore quelques glandes sudoripares, mais comme étouffées par le tissu fibreux qui les entoure.

b. — *Fond du sillon.* — La peau est très modifiée. L'épiderme présente une grande épaisseur; il semble former plusieurs couches décollées les unes des autres et entre lesquelles on voit un amas noir dont il est impossible de déterminer la nature, mais que je crois formé par un amas de matières étrangères, qui se sont accumulées en ce point pendant la vie de l'enfant.

Le derme ne présente plus de vestiges des papilles ni des glandes. *Il forme une masse de tissu fibreux qui se continue sans ligne de démarcation avec le périoste.* Au niveau des gaînes des tendons des extenseurs et des fléchisseurs, *tous les tissus sont transformés en un bloc de tissu fibreux qui va de l'épiderme à l'os* qui a subi toutes les altérations de l'ostéite chronique. Au milieu de cette masse fibreuse, on voit un assez grand nombre de vaisseaux bien injectés, formant un faisceau destiné a établir la communication entre les deux segments du doigt.

c. — *Versant inférieur.* — L'épiderme est très épais. On voit que les vaisseaux des papilles affectent la même disposition qu'au niveau des parties saines. Mais ici ces papilles sont petites, ratatinées et manquent souvent.

On voit çà et là des canaux excréteurs de [glandes sudoripares, mais en moins grand nombre qu'à l'état normal. Quant aux glandes elles sont petites, atrophiées et les pelotons qu'elles forment n'atteignent pas le quart du volume qu'ils ont dans les points où la peau est normale.

Le derme est très épaissi et présente une structure fibreuse très accusée.

C.— *Segment inférieur.* — Nous avions pensé par l'examen clinique qu'il s'agissait seulement ici d'un œdème pur et simple. L'examen histologique nous a montré qu'il y avait quelque chose de plus.

En effet, l'épiderme a son aspect normal, mais le derme ne présente plus de papilles; les vaisseaux sanguins sont très rares, et à peine en voit-on quelques-uns sillonner les couches superficielles du derme : Les glandes sudoripares forment de petites masses éparpillées en faible nombre dans le derme qui est épaissi, a une structure fibreuse très accentuée et vient sans ligne de démarcation se continuer avec le périoste osseux. On voit de plus dans l'épaisseur de ce tissu

des vaisseaux lymphatiques ectasiés. L'articulation de la première phalange avec la deuxième est saine.

En somme, nous avons là une dermite fibreuse hypertrophique ; ce ne sont pas les altérations de l'œdème simple, mais les lésions éléphantiasiques que l'on rencontre souvent dans la peau, lorsque celle-ci a été soumise à un œdème prolongé.

3° *Annulaire.* — C'est sur ce doigt que les lésions étaient le moins avancées. En effet, on ne voyait sur lui qu'un léger sillon dont nous avons donné plus haut la description dans tous ses détails. La peau qui recouvre le versant supérieur du sillon n'est pas altérée. Mais celle qui répond au versant inférieur présente des papilles un peu déformées et à contours moins nets qu'à l'état normal. Vers les parties profondes, le derme est le siège d'une inflammation légère.

Les glandes ont leur volume normal.

Le fond du sillon est formé de la manière suivante : l'épiderme qui a une épaisseur sensiblement normale ; le derme représenté seulement par une couche de tissu fibreux, est moins épais qu'à l'état normal ; il ne présente aucune trace de papilles, ni de glandes ; les vaisseaux sanguins sont moins nombreux qu'à l'état normal.

La couche de tissu fibreux qui forme le derme se colore très facilement par les réactifs et n'adhère à aucun des organes sous-jacents. Le tissu cellulaire sous-cutané a un aspect normal ; les organes sous jacents, les gaines tendineuses ont leur aspect et leur vascularisation normaux. En somme, tout est normal excepté la partie de la peau qui se trouve située au fond du sillon.

4° *Pouce.* — La première phalange a une longueur normale ; mais la deuxième phalange est très atrophiée.

Il n'existe aucune altération du côté de la peau, si ce n'est sur le bord interne de l'articulation de la phalange avec la phalangette où l'on voit un tubercule cutané formé par un épaississement du derme, une excroissance papillaire et une hypertrophie de l'épiderme ; sur ce tubercule, vient s'insérer une petite bride qui se termine en s'y fixant au bord externe de la cicatrice du moignon de l'index.

Il y a eu ici un ralentissement du développement de la seconde phalange du pouce.

Telles sont toutes les particularités que nous avons notées à propos de cette observation. Avant de discuter l'interprétation

dont sont susceptibles les phénomènes que nous venons d'analyser, nous nous permettrons de remarquer, si bizarre que cela puisse paraître après tous les détails dans lesquels nous sommes entré, qu'il s'agit bien ici d'un cas d'amputation congénitale et non d'un cas d'ectromélie.

Nous croyons devoir insister sur ce point, parce qu'un certain nombre d'auteurs sont tombés dans cette erreur et ont décrit des cas d'ectromélie comme étant des faits d'amputation congénitale.

Cette confusion tient en partie au peu de clarté qui règne sur ce point dans les livres de tératologie et à la complexité des faits observés. C'est ainsi que pour ne citer qu'un auteur dont l'autorité soit incontestée, M. Dareste s'exprime ainsi :

« On a quelquefois cherché à expliquer l'ectromélie par le fait d'amputation spontanée des membres produite dans l'intérieur de la matrice. Ces faits d'amputation spontanée sont incontestables. Il est très évident qu'ils peuvent rendre compte de certains cas d'ectromélie qui appartiennent principalement au type des hémimélies, caractérisé par l'absence des segments inférieurs d'un membre. Il est même possible que le moignon du membre spontanément amputé, comme Montgomery et Simpson en ont fait depuis longtemps la remarque, se régénère partiellement et qu'il produise à son extrémité des appendices comparables aux doigts. » (1)

On peut voir par ce passage qu'en tératologie il y a une certaine confusion entre ce que l'on entend par ectromélie et par amputation congénitale. Cependant, ainsi que l'ont fait remarquer autrefois Chaussier (2) et plus récemment M. Goubaux (3) il est important de ne pas confondre ces deux états. L'ectromélie est une malformation, tandis que l'amputation est

---

(1) Dareste. *Recherches sur la production artificielle des monstruosités*, 1877, p. 267.

(2) Chaussier. *Discours prononcé à la Maternité*, 1812, § 10.

(3) Goubaux. *De l'ectromélie et de l'amputation spontanée des membres chez les animaux domestiques*. (*Soc. de biologie*, 1865.)

une mutilation; il n'est nullement besoin d'insister longuement sur la grande différence qui existe entre ces deux états.

Certes, nous n'ignorons pas que la distinction est souvent bien difficile au point de vue pratique, et qu'elle deviendrait impossible même au point de vue théorique si on admettait l'opinion émise par Simpson, opinion d'après laquelle des parties nouvelles pourraient après une amputation repulluler à la surface du moignon. Du reste, cette théorie n'a guère jusqu'à présent que la valeur d'une hypothèse, acceptée par quelques auteurs parmi lesquels nous citerons seulement Vrolig (1) et Dareste, mais rejetée par le plus grand nombre. On n'a encore rapporté aucun exemple bien net de ce phénomène, car nous ne pouvons considérer comme tel le fait rapporté par Kristeller (2) dans lequel l'avant-bras gauche s'arrêtait à 2 pouces en avant de l'olécrane et semblait ainsi former un moignon sur le sommet duquel on voyait un certain nombre de saillies qui, d'après l'auteur, seraient les doigts d'une main rudimentaire et le rudiment du reste de l'avant-bras. Il est bien plus probable que dans ces cas il y a eu malformation et non pas amputation suivie de répullulation des parties tombées.

Une autre cause de la confusion que font les auteurs est selon nous attribuable à ce que les partisans de la théorie de Montgomerry ont une certaine tendance à affirmer qu'il y a eu amputation du moment que sur le doigt ou le membre privé d'un ou de plusieurs de ses segments, on trouve fixée ou une bande ou une bride adhérant par son autre extrémité en un point quelconque de l'amnios ou de la peau du fœtus, ou bien encore flottant librement dans la cavité amniotique. Il y a là une erreur fréquente, car le plus souvent, dans ces cas, il y a malformation, et la bande ou la bride est le vestige d'une vieille adhérence qui a causé un arrêt de développement.

La vraie caractéristique de l'amputation serait la présence

(1) Vrolig. Art. TÉRATOLOGIE. *In cyclopedy.*

(2) Kristeller. *Amputatio spontanea beim fœtus im mutterleibe.* (*Verh. der Gesellschaft für Geburtshulfe*, 8 mars 1859.)

d'une cicatrice à l'extrémité du moignon (Goubaux) ; cela est en effet un bon signe, quand l'enfant qu'on examine est né à terme ou peu avant. Mais s'il s'agit de fœtus très petits, ce signe est trompeur, car d'une part la cicatrice peut être tellement petite que son existence pourra être méconnue ; d'autre part, dans le cas de défaut de développement causé par compression d'un membre et adhérence de celui-ci à un point de l'amnios et du fœtus, on peut observer à son extrémité toute l'apparence d'une cicatrice. Dans les cas douteux, il faudra toujours recourir à l'examen histologique du moignon et il sera impossible de méconnaître les modifications de la peau et de l'os propres à l'amputation.

Mais dans notre cas il n'est pas possible, pensons-nous, de contester l'exactitude de notre diagnostic.

Il nous reste à examiner de quelle interprétation est susceptible le fait que nous avons rapporté plus haut, et nous espérons que le peu de place que les auteurs ont accordé en France à l'étude des amputations congénitales excusera les quelques détails historiques dans lesquels nous allons entrer.

Si nous jetons un coup d'œil sur les différentes théories qui ont été proposées par les auteurs, nous voyons que nous pouvons les diviser en deux grandes classes :

1° L'amputation est produite par une cause extérieure qui agit par compression sur le fœtus ;

2° L'amputation est le résultat d'un processus morbide siégeant dans les membres du fœtus.

Il est bien évident que nous ne pouvons tenir ici compte d'aucune de ces théories fantastiques produits de l'imagination populaire (1) et que Haller qualifiait si justement de « adeo fabulosa ut fidem auferant. »

Première théorie. — *L'amputation est produite par une cause extérieure au fœtus et qui agit par compression.*

Cette théorie a été émise pour la première fois par Montgo-

(1) Voy. Fitch *Boston med and Surgery Journal*, sept. 1836. *Spontaneous amputation of a Limb in utero.*

merry (1) dans un mémoire resté célèbre; on ne saurait en effet attribuer à Haller (2) d'avoir le premier fait cette tentative d'interprétation. Car ces simplès mots « Retracti compressi, ligamenta stricta....» ne sont réellement pas suffisants pour laisser penser que cet auteur ait bien vu toute la théorie dont nous parlons. Du reste, il fait jouer à tort le plus grand rôle aux malformations.

On sait comment Montgomerry a été ammené à proposer sà théorie. Son attention avait tout d'abord été appelée sur ce point par une observation publiée par Watkinson, qui avait vu naître un enfant au 7e mois, dont la jambe gauche était amputée immédiatement au-dessus du cou de pied; quant au pied il fut trouvé intact dans les eaux de l'amnios sans aucune apparence de désorganisation (3).

Montgomerry, observa à son tour le fait suivant:

L'enfant était anencéphale; de la main droite dont les doigts étaient malformés, partaient deux cordons très minces qui venaient s'enrouler autour des deux jambes croisées au-dessus du cou-de-pied. Les deux tiers de l'épaisseur des tissus étaient sectionnés *sans que la peau le fût*. Les pieds étaient atrophiés, Montgomerry fut donc amené à admettre cette opinion que dans ce cas, il fallait accuser l'*action compressive* exercée par la bride en question, et que si l'accouchement s'était fait plus tard, il n'est pas douteux que l'on aurait vu les pieds complètement détachés.

Quand à la constitution de la bride, Montgomerry pensa quelle était formée de lymphe plastique.

L'opinion de Montgomerry fut généralement admise avec faveur, et l'on vit se succéder une série de mémoires dans lesquels furent soutenues ses idées.

---

(1) Montgomerry. *Observations on the spontaneous amputation of the Limb of the fœtus in utero with an attempt to explain the occasional caus of its Production.* (*Dubl. J. of. M. sc.*, 1832, t. II, p. 140.)

(2) Haller. *Éléments de Physiologie*, t. VIII, p. 135.

(3) Watkinson. *Lond med and Phys. sc.*, p. 38, 1832.

Au premier rang, nous devons citer Simpson (1), qui a réuni un grand nombre de faits; Credé (2), qui accepte l'opinion de Montgomerry et rapporte un fait bien curieux. Il s'agissait d'un fœtus de 4 mois ; il n'y avait rien d'anormal sur le placenta ni les membranes; sur le bras droit, il y avait à 1 centimètre du coude, un sillon profond sans altération de la peau. Du doigt du milieu partait un long filament très mince, long de 13 centimètres et flottant librement par son autre extrémité dans le liquide amniotique. Le troisième doigt de la main présentait un sillon au-dessus de l'ongle. La dernière phalange du cinquième doigt était presque totalement séparée du reste du doigt par un sillon profond.

Roger (3) accepte l'opinion de Montgomerry; malheureusement nous ne voyons pas comment elle pourrait s'appliquer à son observation qui a trait, nous en sommes convaincu, à un fait d'ectromélie et non à une amputation. Mais dans le cours de la discussion, il a rapporté un fait bien curieux qui lui avait été communiqué par Follin : « sur un fœtus de 22 cent. 1/2, une bride partie du placenta entoure un des pieds, et de là se porte sur une main autour de laquelle elle s'enroule ; sur un autre fœtus plus âgé, un pied est séparé de la jambe à laquelle il était appendu par un long filament et l'autre jambe est entourée d'une bride, qui a seulement tracé un sillon circulaire. »

Nous citerons encore parmi les partisans de la théorie de Montgomerry, Livius Furst (4), Simonart (5), Paul Mundé (6), et Macan (7).

---

(1) Simpson. *Cases Illustrative of the spontaneous amputation of the fœtus in utero with Remarks.* (*Dublin, J. of M. sc.*, 1836, t. X, p. 220.)

(2) Credé. *Une malformation par brides et bandes amniotique, M. f. G.*, t. XXXIII, p. 441.

(3) Roger. *Note à propos d'un cas d'amputation spontanée dans l'utérus.* (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 avril 1852.)

(4) Furst. *L'amnios dans ses rapports avec les difformités fœtales.* (*Arch. für Gynaek*, t. II, p. 315.)

(5) Simonart. *Arch. de la méd. belge*, 1846, p. 119.

(6) *New-York's obst. soc.*, 20 avril 1875.

(7) Macan. *Obst. soc. of Dublin*, 8 juillet 1874.

A côté des faits précédents nous devons placer ceux desquels il semblerait résulter que le cordon, s'enroulant autour d'une partie fœtale peut exercer sur elle une constriction assez forte pour produire sa section.

Ne voulant point entrer sur ce point dans une discussion qui nous entraînerait trop loin, nous nous bornerons à renvoyer le lecteur aux observations rapportées par Hillairet (1), Bartscher (2), Milne (3), Credé (4), Gatty (5), etc.

On le voit, par les exemples que nous avons donnés, les partisans de cette théorie admettent qu'un corps extérieur : cordon, bande, bride, exerce une pression sur le membre et finit par le couper. — Un examen attentif des observations publiées à l'appui de cette théorie, montre que cette dernière ne rend pas compte de tous les fais observés.

Sans aucun doute, on ne saurait nier l'existence des brides, des bandes décrites par les auteurs, brides qui sont le plus généralement un vestige d'adhérences anciennes entre l'amnios et une partie du fœtus. C'est là ce qui explique les malformations multiples signalées dans la plupart des observations

---

(1) Hillairet. *Note sur un cas d'amputation spontanée incomplète du tronc et du cou par stricture du cordon.* (*Soc. de biologie*, 1856.)

(2) Bartscher. *Strangulation du fœtus par le cordon noué.* (*M. f. G.*, Bd., t. XVII, p. 364.) — Le cordon long de 25 pouces, n'ayant plus de gélatine de Warton et semblable à une véritable corde, entourait le cou à la manière d'une cravate appliquée sur la partie antérieure du cou et dont les deux chefs se croisant en arrière, seraient ramenés en avant pour être noués ensemble. Les parties molles du cou étaient fortement serrées contre la colonne vertébrale.

(3) Milne. *A case of Death of fœtus from coiling of the funis.* (*Obst soc. of Edinburgh*, 12 avril 1871.)

(4) Credé. *Fall von Strangulation des fœtus durch achtfache Umschlingung des Nabelstranges um den Halz bei secundär syphilitischer Mutter.* (*M. f. G.*, t. I, p. 33.) — Le cou n'était pas plus gros que le doigt. Le cordon faisait huit tours autour de lui.

(5) Gatty. *Gaz. méd. de Londres*, avril 1851. *Quelques remarques sur les causes des amputations des membres du fœtus dans la cavité utérine.* — L'auteur admet que le cordon puisse sectionner les parties molles, mais non les os.

rapportées plus haut et ayant trait à des amputations congénitales. L'existence de ces brides semble même liée à certaines monstruosités telles que l'hypérencéphalie par exemple. Et M. Dareste (1) dans ses études de tératologie expérimentale, rapporte avoir ouvert un œuf au neuvième jour ; avoir constaté l'existence d'un poulet hypérencéphale, et avoir vu une bride membraneuse partir du côté droit de la tumeur pour venir s'insérer sur l'allantoïde.

De plus, il n'est pas moins certain que ces brides peuvent venir s'enrouler autour des membres, des doigts ou des orteils ; qu'en ces points, on observe des sillons qui peuvent envahir une partie plus ou moins profonde de l'épaisseur du membre. Si l'on doutait de la réalité de ces faits, malgré les observations que nous avons rapportées, le cas suivant qui a été publié par Zagorski (2), lèverait tous les doutes.

Le fœtus était anencéphale. L'œil gauche avait une direction verticale et non horizontale. La main gauche présentait tous les signes de l'ectromélie. La jambe droite était amputée à peu près en son milieu ; du bout du moignon partait une bride membraneuse qui venait transversalement gagner la jambe du côté opposé, et s'enrouler autour d'elle, en faisant un profond sillon. Sur le milieu de la corde, entre le moignon de la jambe droite et la jambe gauche, était pendue une petite masse que l'on a reconnu être le pied droit.

C'est là une observation type car nous y trouvons mentionnées les particularités suivantes : — Anomalies variées, anencéphalie, ectromélie, c'est-à-dire les preuves d'une compression exercée primitivement par l'amnios, et les conditions les plus

---

(1) Dareste. *Note sur un poulet hypérencéphale* (*Comptes rendus, Académie des sciences*, t. LI, p. 219.) Voy. encore sur ce point Houël, *Mémoire sur les adhérences du placenta ou des enveloppes à certaines parties du corps du fœtus*. (*Soc. de biologie*, 1857.)

(2) Zagorski. *Amputation spontanée*. (*Mémoires de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg*, 1833. — Voy. encore Béclard. *Bulletins de la Faculté*, 1817. Cas où le médius d'une main était amputé et était rattaché au moignon par un long cordon.

favorables pour la production d'adhérences et de brides. — Existence d'une bride adhérente au moignon, et soutenant par son milieu le pied amputé.

Mais comment expliquer qu'une bride puisse produire une amputation ? Si l'on en croit la théorie, la bride ayant entouré le membre, comprimera celui-ci de plus en plus par suite des tractions exercées sur elle dans les mouvements fœtaux d'une part, par suite de l'augmentatien graduelle du volume du membre d'autre part. On verra alors la peau être déprimée de plus en plus, *tout en restant intacte*, et les parties profondes être sectionnées. Il arriverait un moment où, au niveau du sillon, le membre ne serait plus formé que de la peau toujours intacte et de l'os, tous les vaisseaux situés sous la peau étant détruits. Mais la circulation serait augmentée dans l'os de la phalange et elle suffirait à entretenir la vitalité dans la partie du doigt qui va se détacher. Enfin, l'os finit lui-même par être sectionné. En somme, il ne s'agirait là que d'un processus tout à fait mécanique.

Or, dans toutes les observations on remarque que la partie du membre qui serait située au-dessous du sillon a un volume normal (voyez pl. annexée au travail de Kristeller l. c,), ou bien est sensiblement atrophiée. Buchanan (1), a même voulu voir dans cette dernière disposition une règle générale.

Or, nous avons peine à nous figurer comment un tel résultat peut être atteint. Car nous devrions voir se produire fatalement par suite de la compression, un œdème très marqué de la partie située au-dessous du sillon et apparaître la mortification de la partie qui va tomber. Enfin, nous déclarons ne pouvoir comprendre comment ces brides peuvent arriver à sectionner toutes les parties d'un membre, en laissant la peau intacte, surtout quand on connaît la si grande facilité avec laquelle se déchire la peau du fœtus, avant le sixième mois. Même l'amputation débutât-elle plus tard, comment admettre

---

(1) Buchanan. *Case illustrative of the Etiologie of spontaneous amputation of the Limbs of the fœtus in utero* (*Ann. of med. sc.*, 1839, p. 522.)

que la peau comprimée entre l'os et la bride, on puisse voir l'os se sectionner, la peau restant intacte?

Il y a, on le voit, dans cette théorie bien des faits obcurs, que les observations publiées sont incapables de résoudre, car elles ne sont pas accompagnées d'examens histologiques complets.

DEUXIÈME THÉORIE. — *L'amputation est le résultat d'un processus morbide siégeant dans les membres du fœtus.*

Cette théorie qui pourrait peut-être paraître nouvelle est en réalité bien plus ancienne que la précédente. En effet, elle a été formulée nettement par Chaussier (1), dès 1812 qui pensait à un processus gangréneux amenant la chute d'un fragment de membre plus ou moins étendu.

Plus tard Simpson rapporta un cas d'amputation spontanée se produisant chez un adulte dans les conditions suivantes :

Les deux bras étaient absents, mais de l'épaule droite partaient «un doigt ayant quatre phalanges, et de l'épaule gauche deux doigts plus petits ». Un de ces derniers doigts, présentait à un point situé le long de la première phalange, un profond sillon. Il apprit qu'à la suite d'une chute, ce doigt s'était fracturé à ce niveau, et que depuis ce moment le sillon avait débuté et n'avait cessé de s'accroître si bien, qu'il ne pouvait douter « que si le processus se continuait, le doigt ne manquerait pas de tomber. »

Ce fait avait vivement frappé Simpson au point de vue de l'interprétation du mécanisme des amputations intra-utérines. Mais, pénétré de l'exactitude de la théorie de Montgomerry ; il ne donna aucune suite à son idée.

Cette théorie resta sans défenseurs jusqu'en 1859, époque où Kristeller (1) la soutint et la modifia de la manière suivante :

Il contestait l'exactitude de la théorie de Montgomerry parce que, dans les cas observés par lui, il n'avait pas observé de brides.

(1) Discours prononcé à la Maternité, 1812.

(1) Kristeller. *M. f. G.*, t. XIV, p. 87.

Et ayant noté l'atrophie des doigts, l'aspect cicatriciel des tissus au niveau des sillons, il pensa qu'il pourrait bien se faire qu'il y eût dans ces cas une inflammation de la peau, un *panaris*, par exemple, puis à la suite de la cicatrisation, formation d'une bande de tissu cicatriciel, qui, se tendant et se rétractant, aurait amené l'obstruction graduelle des vaisseaux, l'atrophie de la partie du doigt située au-dessous, et qui, par suite de la rétraction de plus en plus accentuée, aurait produit l'amputation du doigt.

Quant aux brides que l'on trouve quelquefois, rien ne prouve que loin d'être la cause de l'amputation, elles ne soient pas le résultat du processus inflammatoire,

A la suite de cette communication, Martin, qui dans un précédent mémoire (1) avait admis la théorie de Montgomerry, soutint qu'il avait vu un cas dans lequel, à la suite d'une chute de la mère, il s'était fait une fracture des os de l'avant-bras fœtal, une rupture des artères ainsi qu'un épanchement de sang dans cette région. Consécutivement, l'avant-bras et la main s'étaient mortifiés et l'enfant était né sans avant-bras (2).

Ces interprétations restèrent sans écho et il nous faut arriver à ces dernières années pour voir de nouveau les auteurs se séparer de la théorie classique de Montgomerry.

Nous citerons tout d'abord le fait publié par M. Longuet (3).

L'enfant présentait des pieds-bots qui, d'après l'auteur, auraient été causés par une lésion des centres nerveux. En outre, il y avait de la syndactylie, mais les doigts étaient seulement soudés au niveau des phalangettes. Au niveau des phalanges et des phalangines, les doigts étaient bien conformés et libres. L'auteur pense que ces adhérences sont un fait pathologique. Il y a eu ulcération des doigts au niveau des phalangettes ; adhérences des plaies ainsi produites, cicatrisation et

(1) Martin. *Ann. für Phys. und Medicin*, t. I, p. 333.

(2) Martin. *Amputation spontanée chez un fœtus* (*Gaz. hebdomadaire*, 1858.

(3) Longuet. *Soc. de biologie*, 1er avril, et *Gaz. méd.*, 13 mai 1876.

syndactylie partielle. Il considère ces ulcérations comme le résultat de troubles trophiques.

Sur la main droite, le médius était amputé et on trouvait des sillons sur l'extrémité des autres orteils.

L'auteur est tenté de donner à ces lésions la même origine qu'aux pieds-bots et à la syndactylie. A part tout le côté hypothétique de cette théorie qui place toutes les lésions sous l'influence du système nerveux, ce qui n'a pas été démontré, on voit que cette interprétation se rapproche de celle donnée par Kristeller.

Enfin, il y a quelques jours, M. Lannelongue (1) présentait à l'Académie de médecine un enfant atteint d'amputation congénitale. Voici d'après les comptes-rendus que nous avons lus et les quelques renseignements qu'a bien voulu nous donner M. Lannelongue, les principales particularités de cette présentation. L'enfant avait quelques orteils amputés au moment de sa naissance. Il existait en outre des sillons. Ces sillons s'accentuant de plus en plus, l'auteur fit une autoplastie. L'examen histologique a montré que la peau était altérée, qu'il y avait là quelque chose d'analogue à la sclérodermie, et M. Lannelongue pensait que ces amputations devaient être rapprochées des amputations que l'on observe dans certaines races et dont nous parlerons plus tard.

On voit que les partisans de cette seconde classe de théories sont loin d'être d'accord.

Si maintenant nous cherchons de quelle interprétation est susceptible notre cas, nous voyons que nous ne pouvons hésiter qu'entre les opinions soutenues d'une part par Montgomerry, et de l'autre côté celles soutenues par Kristeller, Longuet et Lannelongue.

Nous pouvons invoquer en faveur de l'amputation, suite de la compression exercée par une bride; la disposition des sillons. Si, en effet, on admet que l'annulaire était fléchi pendant la vie intra-utérine, le sillon était situé au même niveau sur ce doigt

(1) Lannelongue. *Académie de médecine*, 22 nov. 1881.

que celui situé sur le médius et le point auquel était amputée la première phalange de l'index, et si nous voulions entourer par une bride à la fois le médius et l'annulaire, nous produirions des sillons ayant une disposition identique à celle observée dans notre cas.

Mais nous avons cette seule raison d'admettre la bride, car nous n'en avons trouvé aucun vestige sur les doigts, et une bride serait probablement restée dans le profond sillon du médius.

Quant à la petite bride qui allait du pouce à la cicatrice du moignon de l'index, elle nous paraît être un résultat d'une adhérence temporaire du pouce et de la place du moignon. Son insertion au pouce, sur le *bord interne du doigt* au niveau de l'extrémité du moignon semblerait le prouver.

D'un autre côté, nous n'avons chez ce fœtus, aucune malformation autre que celle du pouce, et les conditions les plus favorables à la production de fibres membraneuses ne sont pas réalisées ici.

L'examen histologique qu nous avons donné ans tous ses détails plaiderait en faveur d'une altération de la peau.

En effet, sur les coupes que nous avons faites, nous avons vu qu'au fond du sillon situé sur le médius, la peau était devenue méconnaissable. Elle n'était plus formée que de tissu fibreux et se confondait avec tous les tissus sous-jacents et même avec le périoste.

Si on rapproche de ces altérations de la peau, les lésions que nous avons signalées sur l'annulaire et sur le moignon de l'index, il est facile de voir que le processus, dans notre cas, peut être établi de la manière suivante :

1° Dégénérescence fibreuse du derme. Rétraction de la partie modifiée et formation consécutive d'un sillon (lésions de l'annulaire).

2° Dégénérescence fibreuse des parties sous-jacentes au derme.

Le derme, les muscles, le périoste, ne forment plus qu'une masse fibreuse qui englobe les vaisseaux, plus rares et plus

étroits qu'à l'état normal. Dans la partie du doigt située au-dessous du sillon, nous avons dans notre cas particulier trouvé de la dermite fibreuse hypertrophique.

A ce degré, nous pensons que l'amputation est devenue inévitable, par suite de la propagation de la dégénérescence fibreuse aux parties non encore atteintes.

En somme, nous attribuons ici l'amputation à l'action du tissu fibreux et à sa rétraction, et nous rejetons complétement la théorie formulée par Montgomerry, car nous ne pouvons admettre qu'il y ait eu section par une bride; les lésions histologiques étant manifestement contraires à cette interprétation.

Devons-nous penser que cette lésion cutanée est le résultat d'une cicatrice formée à la suite d'une ulcération? Non, car le derme subit ici une dégénérescence fibreuse, tandis, que l'épiderme est intact; la lésion ressemble bien plutôt à une lésion primitive du derme qu'à une cicatrisation succédant à une plaie.

Rien ne nous autorise à admettre que nous ayons là une lésion trophique de la peau consécutive à une maladie du système nerveux, d'autant plus que l'examen du cerveau ayant été fait, n'a relevé l'existence d'aucune anomalie.

Nous devons maintenant nous demander si, dans le cas que nous avons rapporté, nous avons eu affaire à un fait exceptionnel, et en contradiction avec les faits publiés par Montgomerry et les partisans de sa théorie.

Ici nous ne pouvons que garder la plus grande réserve, car nous ne connaissons aucun cas dans lequel, des brides entourant des membres ou des orteils et ayant amené à leur surface la production de sillons, il ait été fait un examen histologique.

Mais nous avons une grande répugnance à admettre la théorie de Montgomerry telle que l'a formulée cet auteur, et cela pour les raisons que nous avons données plus haut. Il serait donc curieux de voir, si dans les cas où il y *a des brides membraneuses, on ne trouverait pas en même temps, provoquées par*

elles, des altérations de la peau et des parties profondes, analogues à celles que nous avons signalées dans notre cas.

Ces lésions, mieux qu'une simple compression, expliquent *par les altérations vasculaires qui les accompagnent*, l'atrophie qui s'empare des parties des membres situées au-dessous des sillons, atrophie qui peut se perpétuer pendant de longues années, après la disparition de l'agent compresseur, et donner lieu à des accidents spéciaux dus à la mauvaise nutrition des tissus (mal perforant, etc.); elles permettent en outre de comprendre comment, un sillon étant formé, on peut voir sa profondeur s'accentuer de plus en plus et l'amputation se parfaire au bout de plusieurs années, bien qu'il ne subsiste aucune bride.

Mais devons-nous admettre que nous avons là une véritable sclérodermie congénitale? Nous ne pensons pas que le fait observé par M. Lannelongue ni le nôtre soient suffisants pour que nous puissions conclure dans ce sens. En effet, M. Lannelongue a vu des sillons s'accentuer, mais il n'en a pas vu se produire devant ses yeux. D'un autre côté, ce serait là une forme bien spéciale de la sclérodermie, car celle-ci procède généralement par plaques envahissantes et non par sillons aussi nettement limités.

Est-il possible de comparer ces cas d'amputation congénitale aux amputations spontanées, observées dans certaines espèces nègres. Il est bien difficile de le faire dans l'état actuel de nos connaissances.

En effet, cette maladie que les médecins de marine décrivent sous le nom d'aïnhum et à laquelle les Malgaches ont donné le nom de Faddititi (mot dans lequel entre l'idée de *sacré*) est fort peu connue en elle-même.

On sait seulement qu'elle n'existe guère que dans les races nègres et que peut-être on ne pourrait pas en citer un seul exemple chez les blancs (Moncorvo) (1), tandis que la scléro-

(1) Moncorvo. *Arch. de méd. navale*, t. XXXI, p. 469.

dermie est une affection dont on n'a encore vu d'exemples que chez des individus de la race caucasique (Ball) (1).

Dans l'ainhum, ce sont le plus souvent, sinon toujours, les orteils qui sont atteints. Sauf de rares exceptions, c'est toujours le 5e orteil qui en est le siège. Cependant M. le Dr Guyot (Progrès médical 1881) a rapporté un certain nombre de cas d'aïnhum se produisant aux doigts. La lecture attentive des observations rapportées par cet auteur, nous a montré qu'il s'agissait en réalité de cas d'amputations congénitales. Nous ne savons encore si les faits décrits sous le nom d'aïnhum ne sont autre chose que des cas d'amputation congénitale. Ou si l'interprétation donnée par M. Guyot est seulement le résultat d'une erreur de diagnostic; ce qui prouverait tout au moins une certaine analogie entre ces deux ordres de faits. Voici d'après les mémoires que nous avons lus, quelle serait la marche de l'aïnhum.

Le malade « remarque d'abord un petit sillon à la partie interne du doigt, au niveau du pli digito-plantaire, lequel sillon se couvre d'une croûte qui tombe au bout de quelques mois, pour être remplacée par une autre, » au fur et à mesure, l'étranglement devient plus étendu, finalement le doigt tombe (Guimaraës) (2).

On verrait constamment alors le segment de l'orteil qui doit tomber se tourner en dehors. Au point de vue des lésions on voit que la peau est épaissie. Elle ressemble à du tissu cicatriciel « il semble que le scalpel entre dans un morceau de cuir sec ». L'épiderme est épais. On ne distingue plus de réseau muqueux. Les papilles ont perdu leur forme et se confondent, à peine voit-on quelques canaux glandulaires. Le réseau conjonctif du derme est remplacé par un tissu fibreux dur et consistant (Corré) (3).

La marche de cette maladie est très longue; quant à sa nature,

---

(1) Ball. Art. SCLÉRODERMIE, *Dict. encycl. des sciences médicales.*

(2) Guimaraës. *De l'aïnhum* (*Arch. de méd. navale*, t. XXVIII, p. 149.

(3) Corré. *Un cas remarquable d'aïnhum.* (*Arch. de méd. navale*, t. XXVIII, p. 71.

les uns l'assimilent à la lèpre (Corré (1), Colas), et les autres pensent qu'il y a une véritable gangrène assimilable à une gangrène symétrique des extrémités (Guimaraës).

Ces divergences d'opinions nous montrent combien il serait imprudent d'assimiler les amputations congénitales à des faits aussi peu connus.

En résumé, nous avons vu que dans notre cas l'amputation était due à une transformation fibreuse de toutes les parties du doigt. Est-ce là un fait isolé ou général? Nous ne pourrons le déterminer que lorsque nous aurons recueilli un plus grand nombre de faits dans lesquels l'examen histologique aura été fait.

Pouvons-nous associer ensemble les noms d'amputation congénitale, de sclérodermie et d'aïnhum ? Nous ne pensons pas qu'il soit possible d'affirmer que l'aïnhum et les amputations congénitales soient, sous des noms différents, une seule et même maladie. Nous pouvons seulement remarquer que dans les deux cas, le processus qui amène l'amputation paraît être identique. L'assimilation serait même possible si les faits observés par M. le Dr Guyot étaient confirmés, et s'il était avéré que cette curieuse affection est souvent congénitale. Tout ferait croire alors que ces amputations spontanées ne sont pas autre chose que des amputations ayant débuté pendant la vie intra-utérine, et ne se complétant qu'au bout d'un temps plus ou moins long par le mécanisme que nous avons décrit plus haut. C'est là, du reste, un point qui nécessite de nouvelles recherches.

---

(1) Corré. *Une observation d'aïnhum à Nossibé.* (*Arch. de méd. navale*, 1879, t. XXXI, p. 136.)

REVUE DE LA PRESSE

CURABILITÉ DES DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

Par Paul F. Mundé.

(*Article extrait de l' « American Journal of obstetrics », et traduit de l'anglais, par le Dr* **Paul Rodet.**)

(SUITE ET FIN).

Afin de discuter d'une façon intelligente les effets du traitement de ces déviations, je vais passer rapidement en revue les différentes méthodes employées pour traiter les déplacements utérins, soit dans le simple but de combattre les symptômes, soit dans le but d'obtenir une guérison permanente.

1° *Pessaires.* — Ces instruments, vaginaux, vagino-abdominaux, abdominaux ou utérins (à tige), sont incontestablement les moyens qu'on emploie le plus souvent dans le traitement des déplacements de l'utérus. Les pessaires vaginaux agissent en soutenant, élevant et affermissant le vagin et l'utérus, ou bien en corrigeant la position du col ou du fond, ou bien en supportant directement le fond de l'utérus. L'action spéciale de chaque pessaire dépend de ses dimensions, de sa forme et du but en vue duquel il est construit. Ceci s'applique également aux pessaires vagino-abdominaux, dont le seul point d'appui se trouve sur l'abdomen. Les pessaires abdominaux n'agissent qu'en comprimant les parois abdominales et en assujettissant par ce fait l'utérus, ou bien, comme dans l'antéversion, en repoussant directement en arrière le fond de l'utérus. Le but de toutes les variétés de pessaires vaginaux, excepté ceux qui agissent par leurs dimensions et la surdistension du vagin, c'est de maintenir l'utérus dans une position telle, qu'elle diminue

la tension des ligaments qui sont étirés et de leur permettre de recouvrer leur tonicité, ou bien de tendre des ligaments anormalement contractés.

Le pessaire à tige intra-utérine agit en redressant l'utérus et en le maintenant dans cette position.

Des 895 déplacements utérins que j'ai observés, 184 furent traités per des pessaires vaginaux et utérins ; les pessaires vagino-abdominaux furent essayés mais invariablement mis de côté pour être remplacés par les intra-vaginaux, et, toutes les fois que l'indication s'en présenta, dans les déplacements antérieurs, les bandages abdominaux furent employés concurremment avec les pessaires vaginaux.

Ainsi des 403 cas de déplacements postérieurs, 96 rétroversions et 31 rétroflexions furent traitées par des pessaires vaginaux ; dans les rétroversions, on donna la préférence au pessaire-levier de Hodge, modifié par Albert Smith ; quelquefois on se servit du pessaire de Hodge ou du pessaire en berceau de Nœggerath. Pour les rétroflexions on eut recours au pessaire à bulbe de Thomas modifié,cette modification a consisté simplement à rétrécir et à élargir le pessaire, afin qu'il s'appliquât plus facilement dans les vagins spacieux où se fait le plus souvent cette déviation. Dans quelques cas où aucun pessaire-levier n'arriva à maintenir le fond de l'utérus retro-déplacé, on employa l'anneau-pessaire flexible de Peaslee, à l'aide duquel on put élever le fond de l'utérus et l'éloigner du sacrum, mais dans ces cas, on ne pouvait guère espérer la guérison en raison de l'extrême flaccidité du vagin et de ses annexes, ainsi que des adhérences qui réunissaient le fond de l'utérus au rectum.

Il n'y eut qu'un cas de rétroflexion où l'on fut obligé, après beaucoup d'essais infructueux faits avec les différentes formes de pessaires à rétroversion, de prévenir la flexion inévitable de l'utérus sur la base postérieure du pessaire, à l'aide d'une tige en caoutchouc durci, ensuite l'utérus fut parfaitement maintenu en place au moyen d'un pessaire ordinaire d'Albert Smith.

Dans tous ces cas de rétro-déplacements, c'est pour moi une règle de conduite invariable de replacer d'abord l'utérus dans

une position aussi rapprochée que possible de l'état normal, avant d'introduire un pessaire, c'est grâce à l'observation de ce principe que des ligaments étirés et contractés à l'extrême ont pu être ramenés dans une position qui leur permettait de recouvrer leur tonicité normale, si cela leur était encore possible.

Des 407 cas de déplacements antérieurs (295 antéflexions et 112 antéversions), 40 seulement furent traités par des pessaires vaginaux (28 antéflexions, 12 antéversions) et 16 par des pessaires à tige intra-utérine (5 antéflexions, 11 antéflexions avec rétroversions). C'est donc seulement dans 56 cas sur 407 déplacements antérieurs que les pessaires ont été jugés utiles, tandis que dans les déplacements postérieurs on y a eu recours dans 127 cas, sur 403 déviations. La raison de cette différence c'est que les symptômes produits par les déplacements antérieurs ont été bien moins graves que ceux résultant des déplacements postérieurs, et consistaient surtout en dysménorrhée et stérilité, aussi un pessaire n'était-il indiqué que dans les formes graves, et les flexions n'ont-elles été traitées généralement avec utilité que par les dilatations répétées à l'aide d'un dilatateur à branches d'acier divergentes. Si la dilatation combattait efficacement la dysménorrhée (ce qui était l'habitude); la flexion persistait, et si la femme était mariée et stérile on introduisait alors un pessaire qu'on faisait porter pendant plusieurs mois. On n'employa les pessaires à tige que lorsque l'utérus était si flasque qu'il se recourbait sur le bord antérieur du pessaire, ou bien (dans l'antéflexion avec rétroversion) quand il était impossible d'avoir une prise suffisante sur la face postérieure de l'utérus, en raison du peu de profondeur du cul-de-sac postérieur et de la rigidité des ligaments, pour pouvoir élever le fond de l'utérus avec un pessaire-levier; dans ces cas, la tige m'a permis d'antéverser l'utérus et de le maintenir dans cette position par un pessaire-levier. Quatre de ces malades ont conservé leur tige et le pessaire de Smith pendant cinq, trois et deux mois (deux cas), tout en remplissant leurs devoirs conjugaux et domestiques; au bout de ce temps la tige fut enlevée

et on trouva l'utérus très bien redressé, on le maintint encore à l'aide d'un pessaire-levier, afin de faciliter la conception.

Pour les déplacements antérieurs, j'employai les pessaires suivants : pour les flexions, celui à cupule et pivot de Thomas (que j'ai dernièrement modifié, en enfonçant le pivot, afin de l'empêcher de blesser le vagin); pour les versions, je me servis très souvent du pessaire en double fer à cheval de Gehrung, ainsi que de celui de Thomas, à cupule et pivot, qui sont deux excellents instruments. Quelquefois il arrivait que, dans des vagins spacieux et sécrétant abondamment, le pessaire de Gehrung ne se maintenait pas fixé; alors celui de Thomas me rendait de très grands services.

La durée pendant laquelle ces pessaires demeuraient en place a varié de quelques semaines à plusieurs mois et même plusieurs années, mais il était de règle d'enlever l'instrument tous les deux ou trois mois, afin de le nettoyer et d'éviter l'abrasion des parois vaginales. J'ai observé un cas de rétroversion opiniâtre au troisième degré où l'on a employé pessaires sur pessaires pendant cinq ans et où l'on continuera probablement ainsi jusqu'à la ménopause et peut-être au-delà ; le vagin est si vaste et les moyens de soutien de l'utérus si relâchés qu'enfin, quoique à contre-cœur, j'ai introduit un anneau-pessaire flexible, que la malade peut enlever et remettre elle-même. Dans un cas le pessaire de Smith fut porté pendant un an et demi sans interruption (malgré moi), ce qui eut pour résultat de produire une ulcération profonde en arrière du col.

Dans 5 cas d'antéflexion, la conception put avoir lieu à la suite de dilatations rapides et répétées en même temps que la malade portait un pessaire à cupule (j'inclinerais à attribuer la conception plutôt à la dilatation qu'au pessaire). Dans 17 cas de rétroversion, les malades devinrent enceintes tout en portant un pessaire-levier. C'est seulement dans deux cas de rétroversion que j'ai pu observer les femmes pendant et après les couches et dans ces deux cas l'utérus fut maintenu par un pessaire-levier quinze jours avant qu'on ne leur permît de se lever, et on continua ainsi pendant six mois, au bout desquels la guéri-

son fut complète. L'antéflexion ne se reproduisit pas dans la suite, ce qui serait arrivé si elles étaient redevenues stériles après le premier accouchement, d'où je conclus, qu'en pratique (sinon en fait) leur déviation a été guérie.

Combien, parmi ces 184 déplacements utérins traités par des pessaires de toutes sortes, y en a-t-il qui aient été *guéris d'une façon permanente?* c'est ce que je ne saurais dire, probablement pour le même motif qui a empêché d'autres observateurs de réunir des données positives, c'est-à-dire parce que les malades qui se trouvent soulagées par un pessaire, continuent à le porter pendant un certain temps, puis l'enlèvent elles-mêmes et trouvant que leur soulagement persiste, elles se passent de leur pessaire, ne reviennent pas voir leur médecin, et c'est ainsi qu'on les perd de vue. Cependant de ce qu'elles ne reviennent pas nous voir, ce n'est pas une preuve que leur déplacement soit guéri. Il a été temporairement soulagé, les symptômes qu'il produisait ont disparu graduellement et alors on peut se dispenser de porter le pessaire. Ce qui prouve que ces cas ne sont pas guéris, c'est que les femmes reviennent toujours nous voir au bout d'un certain nombre d'années ou de mois après que leur pessaire a été enlevé soit par elles, soit par le médecin, parce que les mêmes symptômes ont réapparu, et en examinant la malade on constate le même déplacement qu'autrefois. Il a bien toujours existé, mais les symptômes auxquels il donnait lieu, ont été très atténués temporairement. C'est une des particularités des déviations postérieures.

Ainsi dernièrement une jeune demoiselle, venait me consulter, parce qu'elle avait de la sacralgie et de la douleur suspubienne. Je constatai une rétroflexion très forte d'origine probablement congénitale dont la réduction résista à tous les procédés de douceur. Je replaçai graduellement l'utérus en appliquant des pessaires-leviers de différentes courbures, et après qu'elle eut porté le dernier pessaire pendant environ deux mois, elle l'enleva, car elle voulait retourner promptement chez elle, dans l'Ouest, l'utérus était parfaitement normal.

Elle revint me voir quinze jours plus tard, et je trouvai l'utérus

un peu antéfléchi ; elle était donc parfaitement guérie en apparence. Je lui dis de revenir dans quinze jours, mais elle attendit deux mois où alors les symptômes du début réapparurent, ce qui l'amena de nouveau dans mon cabinet, où je constatai la rétroflexion primitive. Sans ce dernier examen, j'aurais considéré le cas comme une guérison. Je n'ai rencontré que deux cas de guérison réelle d'une forte rétroflexion démontrée par des examens successifs ; cinq de rétroversion, y compris les deux qui ont été traités immédiatement après l'accouchement ; trois d'antéflexion avec rétroversion traités par le pessaire de Smith et celui à tige intra-utérine, et un d'antéflexion très marquée traité par la dilatation avec des tiges de laminaria, de caoutchouc durci et des dilatateurs en acier pendant six mois.

Je ne prétends pas qu'il n'y ait pas d'autres cas, qui aient pu être guéris, mais pour moi, il m'est aussi impossible d'en donner un compte-rendu positif que pour les auteurs dont j'ai cité les conclusions si vagues. J'aurais pu avoir des observations plus précises si toutes mes malades appartenaient à ma clientèle privée, tandis qu'il y en a un grand nombre qui viennent à la consultation externe de l'hôpital (et j'ai à peine besoin de dire que cette classe de malades est la plus ingrate au point de vue des résultats thérapeutiques). Le but de ce travail c'est de provoquer la publication des opinions et des observations résultant de l'expérience acquise à la suite de longues années de pratique privée par des observateurs plus âgés que nous.

Qu'un déplacement récent, aigu, tel que cela arrive parfois à la suite d'un traumatisme tel qu'une chute sur les fesses, puisse être guéri, je suis naturellement bien loin de le contester. Dans ces cas l'utérus se replace de lui-même si la femme garde le repos au lit pendant quelque temps. Mais, ce que ma propre expérience me force à admettre, c'est qu'un déplacement *chronique* de l'utérus est extrêmement rarement *guéri d'une façon permanente* par une quelconque des variétés de support mécanique que nous pouvons faire porter à la femme sans inconvénient.

La raison de ceci, c'est que les ligaments utérins, étirés,

relâchés ou encore rétractés et rétrécis, le tissu cellulaire pelvien atrophié ou hyperplasié, les parois vaginales distendues ou flasques ne peuvent pas, par des moyens mécaniques en notre pouvoir, être ramenés à leur tonicité normale. C'est seulement comme une conséquence des grandes métamorphoses des tissus pelviens, comme celles qui ont lieu pendant la grossesse et après l'accouchement, qu'on peut espérer un pareil retour à l'état normal, et aussi est-ce là le vrai moment pour le traitement.

J'ai complètement laissé de côté la question du prolapsus utérin parce que je suis fermement convaincu de l'inutilité des essais de guérison du prolapsus ancien au moyen de pessaires appliqués au-dessous de l'anneau de tissu cicatriciel qui se forme à la suite d'une non intervention chirurgicale. Parmi ma collection je ne trouve que quatre cas où j'employai les pessaires vaginaux; chez trois de ceux-ci on se servit de pessaires de Gehrung, des plus grandes dimensions, qui eurent pour effet de maintenir en haut la paroi vaginale antérieure (effet merveilleux), et chez le dernier j'employai un anneau de bois que la femme avait apporté avec elle et que je lui réappliquai, faute d'un appareil plus approprié. J'ai été doublement coupable d'abord d'employer une méthode de traitement que je considère comme mauvaise, c'est-à-dire de soutenir l'utérus prolapsé à l'aide des plus grands pessaires que l'on puisse introduire dans le vagin, et en même temps parce que je m'étais servi d'un instrument défectueux, le pessaire de Zwanck; c'était la première année de ma pratique médicale.

J'en ai fini avec la guérison des déplacements par les pessaires. Il y a d'autres moyens de traitement qui peuvent peut-être parfois amener des guérisons temporaires et que nous allons maintenant passer en revue, ce sont les tampons vaginaux, la posture, l'électricité, les opérations et la grossesse.

1° *Les tampons vaginaux* appliqués tous les jours de façon à élever la totalité de l'utérus s'il est dévié, ou le fond de cet organe s'il est anté ou rétro-déplacé, sont incontestablement des moyens très efficaces de maintenir la partie déplacée dans sa

position normale, et, si on les garde assez longtemps, ils peuvent arriver à guérir le déplacement. Ils rendent surtout des services dans les cas où la sensibilité de l'utérus rend tout pessaire insupportable, et surtout dans les prolapsus anciens de l'utérus et du vagin, surtout s'ils sont imbibés d'une solution d'alun ou de tannin. J'ai souvent obtenu de bons résultats dans les anté et rétro-déplacements aussi bien que dans les prolapsus de l'ovaire, quand les parties sont extrêmement sensibles au toucher en tamponnant le vagin avec de l'ouate imbibée de glycérine pure ou d'une solution de glycérine et de tannin ou de tannin et d'eau si ces tissus étaient très relâchés, ou bien j'ai appliqué le coton d'après la méthode de Bozeman dont le but est de mettre en jeu l'élasticité de cette substance.

Je ne puis pas dire que j'ai guéri un anté ou rétro-déplacement par ce traitement, bien que je ne doute pas de son efficacité, si les applications (surtout aidées des astringents), sont continuées assez longtemps et sont faites principalement en vue d'élever le fond de l'utérus.

J'ai en effet guéri la descente de l'utérus et le prolapsus du vagin (cystocèle et rectocèle), par l'application quotidienne des tampons d'ouate et de tannin, et selon moi c'est le meilleur procédé pour rendre la tonicité aux parois vaginales relâchées et flasques dans la chute complète de l'utérus. Evidemment le tamponnement doit être continué pendant des mois, en diminuant graduellement les applications selon que la contractilité du canal reparaît plus ou moins vite.

De plus, la diminution de volume de l'utérus et la rétraction du tissu cellulaire résultant de la pression des tampons contribuent beaucoup à assurer le maintien de l'utérus dans sa position normale.

On peut facilement apprendre aux malades la manière de placer les tampons glycéro-tanniques pour le prolapsus, mais pour les autres déplacements on ne peut les placer convenablement qu'avec une pince et un spéculum de Sims. La position de Sims ou même encore la position génu-pectorale, en réduisant le déplacement, sont d'un grand secours pour le

tamponnement et augmentent les chances de succès. Je suis convaincu que le prolapsus de l'utérus durant déjà depuis plusieurs années et même la chute de l'utérus avec relâchement des soutiens utéro-vaginaux sont certainement curables par le tamponnement vaginal pratiqué d'une façon continue et intelligente ; et ce sont surtout les premiers de ces cas, pour lesquels on recommande les atroces anneaux-supports vaginaux et vagino-abdominaux, et qui ne sont curables que par des opérations chirurgicales.

2° *La position* joue un rôle important, d'après le Dr Campbell (de Géorgie, dans le traitement des déplacements utérins, surtout la position génu-pectorale aidée de la pression atmosphérique qui s'exerce par suite de la pénétration de l'air dans le vagin. Il suffit d'un moment de réflexion pour comprendre l'utilité de la combinaison de cette *vis a fronte* (pesanteur des viscères abdominaux s'exerçant du côté du diaphragme), et de cette *vis a tergo* (aspiration de l'air dans le vagin et pression contre les parois vaginales). On doit prendre cette position plusieurs fois, par jour et la conserver aussi longtemps que cela est possible, surtout pendant la nuit, au lieu de prendre la position latérale.

Le relâchement des moyens de soutien de l'utérus anormalement tiraillés, que l'on obtient par la position génu-pectorale, se trouve ainsi assuré, si l'on conserve cette position pendant la nuit environ huit heures sur vingt-quatre.

Verrier a construit un appareil très compliqué composé d'un lit, de poulies et de cordages à l'aide duquel la malade soulève son bassin à volonté par la force des bras. Il aurait obtenu de bons résultats de ce traitement, dans les déplacements antérieurs et postérieurs.

Il est évident, que, si rationnel que soit ce traitement et cela ne fait de doute pour personne, il ne peut donner de résultats que s'il est continué pendant longtemps. Il a ses inconvénients qui consistent surtout dans la nécessité de rester tous les jours pendant un certain temps dans une position incommode et la plupart des malades s'en fatiguent vite.

Quant à la méthode décrite par Emmet, je crains bien que même les femmes de la classe ouvrière ne veuillent pas s'y soumettre, cette méthode adoptée par les négresses de Çurriluck, consiste à rester suspendue à une poutre dans la position génu-pectorale en même temps qu'on emplit le vagin d'une décoction d'écorce de chêne que l'on renouvelle tous les jours.

Quand le hamac, dans lequel la femme est ainsi suspendue, est bien garni de ouate, on prétend qu'elle peut garder cette position pendant dix jours et que le résultat en est très favorable.

Le traitement des déplacements utéro-vaginaux par la position sera utilisé surtout comme un adjuvant concurremment avec les procédés déjà décrits, pessaires et tampons, afin d'assurer momentanément le redressement des organes sans l'aide de corps étranger.

3° *Électricité.* — Ce sont surtout les courants interrompus qui ont donné les meilleurs résultats aux gynécologistes dans les déplacements. Le pôle positif est appliqué dans l'utérus et le pôle négatif, dans le rectum pour les déplacements antérieurs, dans la vessie pour les déviations postérieures. Le procédé qui consiste à introduire le pôle positif dans le vagin et à placer le pôle négatif sur la peau du sacrum ou de la région sus-pubienne est évidemment plus simple, mais donne des résultats à peine appréciables. Dans le prolapsus on place un pôle contre le museau de tanche et l'autre (bifurqué) sur chaque aine.

Tripier rapporte 30 cas traités de cette façon, dont 4 d'antéversion et d'antéflexion ont été guéris, 2 améliorés, 1 cas de rétroflexion avec rétroversion guéri et 1 amélioré. Ce procédé est surtout indiqué quand le déplacement est compliqué ou dépend d'une congestion passive de l'utérus et qu'il est récent. La guérison s'obtiendra surtout dans certaines formes de déplacement de l'utérus, telles que les flexions ou versions d'origine récente, compliquées d'engorgement ou de subinvolution, et dans les cas de descente modérée qui surviennent après l'accouchement; certainement ce traitement devrait être employé

beaucoup plus souvent qu'il ne l'est, car il ne présente aucune difficulté.

4° *Grossesse.* — Cet état a toujours été regardé comme excitant les organes déplacés à reprendre leur position primitive ; c'est-à-dire que l'effet du stimulus se manifeste surtout après l'accouchement en raison de l'influence bienfaisante du repos dans la position recumbante ajoutée aux procédés déjà décrits. La grande difficulté c'est que les femmes affectées de déviations (surtout de flexions) sont rarement enceintes ; ou que celles qui sont atteintes de versions et de prolapsus ou bien ne peuvent pas ou bien ne veulent pas adopter les seuls moyens qui permettent aux ligaments relâchés de recouvrer leur force après l'accouchement, c'est-à-dire le repos absolu au lit pendant quelques semaines.

Je me souviens du cas d'une jeune américaine qui, ayant un prolapsus, fut complètement guérie après être restée au lit ou sur une chaise longue pendant plusieurs mois, d'après les conseils de mon ancien maître et ami Scanzoni.

5° *Le traitement opératoire* comprend les différents procédés employés pour guérir les déplacements utérins. C'est seulement dans les flexions et le prolapsus de l'utérus et du vagin que les procédés opératoires peuvent produire une amélioration ou une guérison. Quant aux versions elle ne sont pas du ressort de la chirurgie parce qu'on peut d'habitude les soulager promptement, du moins pour un certain temps, par les divers procédés sus-mentionnés (il faut en excepter le procédé presque oublié de Sims qui consiste à avancer l'insertion du vagin sur le col dans l'antéversion et celui de Kœberlé, qui compte un succès, et qui consiste à suturer le fond de l'utérus à la paroi abdominale dans la rétroflexion).

Le traitement opératoire des flexions par discission et division bilatérale et postérieure du col et de l'orifice externe, est tombé un peu en discrédit dans ces derniers temps, car on trouva que la méthode était dangereuse et infidèle dans ses

résultats, relativement au redressement permanent de l'utérus. La dilatation rapide du canal cervical à l'aide de sondes graduées et de dilatateurs en acier a pris plus d'extension, et j'ai pu, grâce à elle, obtenir d'excellents résultats, bien que je ne puisse pas invoquer en sa faveur de redressement permanent d'un utérus fortement rétrofléchi. De plus, les dilatations répétées ont amené un grand nombre de conceptions et, comme conséquences de la grossesse et de l'accouchement, la guérison des déviations. L'influence curatrice des dilatations répétées sur un canal fléchi et rétréci, dans le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité sera, je l'espère, d'ici peu éclairée par la statistique. Cela m'entraînerait trop loin pour le moment et du reste ce sujet sort du cadre que je me suis tracé dans ce travail. Je me contenterai d'ajouter que l'éponge préparée, les tiges de laminaria, etc., ont été employées comme dilatateurs et élévateurs dans les flexions utérines, mais jusqu'à présent avec peu de succès, en raison de la réaction inflammatoire qu'elles provoquent tôt ou tard dans l'utérus ou ses annexes.

Je n'ai pas non plus à parler du traitement opératoire du prolapsus ni de ses diverses variétés. Le nombre toujours croissant de procédés d'amélioration est la meilleure preuve que le desideratum cherché n'est pas encore atteint. Il suffit de noter que la guérison du prolapsus n'est que transitoire, et qu'au bout d'un temps plus ou moins long l'utérus apparaît de nouveau à l'extérieur de la vulve. Malgré ces considérations quelque peu décourageantes, le prolapsus de l'utérus et du vagin est de tous les déplacements, celui qui rentre le plus dans le domaine de la chirurgie et qui donne les plus beaux résultats.

Combien de temps doit-on porter un pessaire, avant que l'on puisse l'enlever sans que l'utérus reprenne sa position anormale? c'est une question à laquelle il est bien difficile de répondre. Le laps de temps exigé pour la guérison d'un déplacement à l'aide d'un pessaire (quand cette guérison est possible) dépend presque toujours de la production plus ou moins récente du déplacement. S'il est récent, et que les ligaments ne soient pas

atrophiés ou rétractés, ou si les organes pelviens ne sont pas soumis à la subinvolution consécutive à l'accouchement, on devra conserver un pessaire pendant trois mois au moins, mais d'habitude pendant six mois ou un an et la guérison ne sera *possible* qu'au bout de deux ans ou plus. C'est seulement en tâtonnant et en recherchant attentivement la puissance réparatrice dans chaque cas, que l'on pourra résoudre la question.

Les autres méthodes de traitement sont, à ce point de vue, complètement analogues aux supports mécaniques ; peut-être les tampons astringents pourraient-ils dans certains cas exercer une influence curatrice dans les premières périodes.

Il y a cinq ans, j'ai eu l'occasion d'observer un cas frappant. Une jeune dame qui, dans son premier accouchement, quinze ans auparavant, avait eu une rupture du périnée et du sphincter anal, vint me consulter pour un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, autrement dit rectocèle. Je lui dis que sa lésion périnéale nécessiterait une opération, mais qu'en attendant la belle saison, j'allais faire tout mon possible pour la soulager à l'aide de tampons glycéro-tanniques introduits chaque jour dans le vagin. Je lui montrai la manière de placer ces tampons; elle partit pendant l'été et je lui assurai qu'une opération serait nécessaire. Trois mois plus tard elle me fit appeler et je trouvai la rectocèle complètement guérie bien qu'elle eût cessé l'introduction des tampons depuis déjà un mois et cette guérison s'est maintenue jusqu'aujourd'hui. Ce bon résultat, si inattendu, doit être attribué à ce fait que la dame était accouchée seulement depuis cinq mois et que la rectocèle n'était produite que par une subinvolution imparfaite du vagin. De plus, dans beaucoup d'autres cas semblables survenus après l'accouchement, je n'ai jamais obtenu un succès durable à la suite d'applications astringentes ou autres.

Injections vaginales. — L'usage des injections intra-vaginales dites « fortifiantes » en vue de remédier aux déplacements utérins jouit d'une telle faveur parmi le peuple qu'il est bon de dire quelques mots relativement à leur valeur thérapeutique. Il

ne s'agit pas ici de savoir si une irrigation abondante du canal vaginal avec de l'eau chaude produit une contraction permanente de ses parois. Il est démontré qu'en diminuant la congestion de l'utérus et des tissus pelviens elle a son utilité dans les déplacements utérins. J'ai quelque tendance, dans les cas de déplacements anciens avec flaccidité et ischémie du vagin, à adopter les injections d'eau chaude additionnée d'alcool et d'un astringent quelconque. C'est ainsi que j'ai souvent eu recours à la solution suivante :

Sulfate de zinc............	15	grammes.
Alcool....................	250	—
Glycérine.................	60	—

à laquelle on ajoute un quart d'eau chaude (en été de l'eau glacée), et j'ai souvent constaté que ce traitement était un adjuvant utile dans le redressement de l'utérus par les pessaires.

Je n'ai jamais soigné un cas de déplacement utérin par des pessaires, par des tampons, par la position ou autrement, sans y ajouter les irrigations vaginales quotidiennes, chaudes, s'il y a de la congestion, froides et médicamenteuses s'il faut rendre de la tonicité aux organes.

Arrivé à la fin de ce travail on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les déplacements *récents*, de quelque variété qu'ils soient, sont les seuls cas qui nous offrent une chance de guérison complète à l'aide des moyens mécaniques que nous possédons;

2° Parmi ces moyens les pessaires sont ceux qui conviennent le mieux pour procurer une amélioration temporaire, car on n'obtiendra la guérison complète que dans un petit nombre de cas.

3° Les moyens curatifs qui ont pour but de soutenir l'utérus déplacé consistent dans l'usage intelligent et raisonné des tampons vaginaux imbibés d'une solution astringente ;

4° La position, bien qu'excellente pour relâcher les ligaments utérins et diminuer la congestion pelvienne, doit être considérée en raison de ses inconvénients, tout au plus comme un moyen de soulagement temporaire;

5° L'amélioration permanente, la *guérison* ne sera obtenue que lorsque le déplacement est récent, surtout quand il a été produit par un traumatisme, ou lorsque les modifications de tissu consécutives à l'involution puerpérale, viennent en aide pour rendre à l'utérus et à ses ligaments leur tonicité primitive.

Cette issue heureuse doit être regardée comme une exception car les circonstances qui la produisent sont rares et le déplacement est rarement reconnu d'assez bonne heure pour permettre un retour parfait à l'état normal;

6° Aussi la période la plus favorable pour le traitement des déplacements utérins pour obtenir une guérison durable est comprise dans les premières semaines qui suivent l'accouchement, avant que la femme ne se soit levée;

7° L'excitation produite par le dépôt d'une exsudation plastique dans les parois d'un utérus fléchi peut aboutir à un redressement permanent de l'organe. On peut obtenir ce résultat par la dilatation rapide ou par les pessaires à tige appliqués pendant un certain temps, mais une guérison durable est rare.

8° L'application prolongée et quotidienne de tampons vaginaux offre un moyen excellent dans beaucoup de cas d'anté et de rétro-déplacements et dans la plupart des cas de prolapsus, c'est le seul procédé efficace et inoffensif, de beaucoup supérieur à tous les pessaires;

9° Comme on n'obtient que rarement une guérison permanente on se contentera de l'amélioration produite par les pessaires et autres moyens mécaniques de support, à moins que tout traitement ne soit contre-indiqué;

10° L'électricité appliquée d'une façon rationnelle et scientifique pendant un temps suffisamment long nous offre des chances de guérison dans les cas récents et cette méthode mérite d'être expérimentée d'une façon plus complète;

11° Quant au prolapsus de l'utérus et du vagin, à moins qu'il ne soit très récent, le rétrécissement par une opération du canal vaginal, et la restauration du périnée détruit ou relâché sont les seuls moyens de guérison, et on peut même dire que pour

cette affection il reste encore à trouver une méthode infaillible de guérison.

12° La guérison de la flexion par un traitement chirurgical est impossible; on peut redresser le canal en sectionnant l'une ou les deux lèvres du col, mais la flexion de l'organe, subsiste toujours. C'est seulement en élevant graduellement le fond de l'organe par un pessaire vaginal (le meilleur est celui à cupule de Thomas) après l'accouchement, ou à l'aide du pessaire à tige intra-utérine appliqué pendant longtemps, que l'on pourra dans quelques cas arriver à une guérison durable.

(*American journal of obstetrics*, oct. 1881, p. 789.)

DU DIAGNOSTIC, PENDANT LA GROSSESSE, DE LA PRÉSENTATION DÉFINITIVE DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE.

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 mai 1881

Par P. Budin,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

On sait qu'en général, dans les dernières semaines de la grossesse, le fœtus pénètre par une de ses extrémités à travers le détroit supérieur et s'engage plus ou moins profondément dans l'excavation pelvienne. Ce serait presque exclusivement l'extrémité céphalique fléchie, c'est-à-dire le sommet, qui descendrait ainsi. L'engagement de la face paraît très peu probable. Quant à l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse, la plupart des auteurs évitent d'en parler, les autres le nient.

La présentation de l'extrémité pelvienne a été divisée en présentation de l'extrémité pelvienne complète ou présentation du siège en masse, et en présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses, mode des genoux ou mode des

pieds, suivant que les fesses, les genoux ou les pieds s'engagent les premiers à travers le détroit supérieur. Hubert (de Louvain) ne considère ces variétés que comme secondaires : « Pour qui réfléchit un instant, dit-il, à la manière dont le fœtus est pelotonné dans le sein de sa mère, il est de toute évidence que les présentations des fesses (membres abdominaux relevés le long du tronc), les présentations des genoux (cuisses allongées) et surtout les présentations des pieds (cuisses et jambes étendues) ne peuvent pas être primitives, et qu'au *début du travail* il n'existe qu'une seule présentation : celle du *pelvis en masse*. Les trois autres modes ne sont que secondaires (1) ».

H. Fritsch (de Halle) (2) paraît avoir les mêmes idées que Hubert. « On ne peut pas, dit-il, faire primitivement une différence entre la présentation des fesses et la présentation des pieds. C'est au début du travail que la distinction s'établira. Le peu d'espace qui existe dans l'utérus des primipares fait que la présentation des fesses est plus fréquente chez elles, la présentation des pieds est plus fréquente chez les multipares. »

Dans ces dernières années, M. le Dr Pinard (3) a insisté sur une autre distinction portant sur les présentations de l'extrémité pelvienne : « Je pense, dit-il, qu'il faut diviser les présentations du siège en deux grandes variétés, les unes que j'appelle *franches*, les autres *accidentelles* ou *fortuites*. En effet, quand on examine des femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse et qu'on a reconnu que la tête occupe le fond de l'utérus alors que le siège est en bas, on trouve dans certains cas un fœtus *fixe* dans cette situation : il ne peut exécuter que des mouvements très limités ; lorsqu'on veut le faire évoluer, le mobiliser, cela est impossible, et des examens répétés le font toujours reconnaître dans la même situation et la même attitude. C'est là la *présentation du siège franche*. Elle est le résultat d'une véritable accommodation.

(1) E. Hubert. *Cours d'accouchements*, 2e édition, t. I, p. 266.
(2) H. Fritsch. *Klinik der Geburtshülflichen Operationen*, 2e édition, p. 106
(3) A. Pinard *Traité du palper abdominal*, p. 37 et 38. Paris, 1878.

« Cette variété est rare et se rencontre surtout chez des primipares.

« Dans d'autres cas, lors des examens que l'on pratique pendant les dernières périodes de la grossesse, on trouve le siège tantôt en bas, tantôt en haut. Il évolue pour ainsi dire à chaque instant; on le mobilise de même avec la plus grande facilité.

« En un mot, il n'y a aucune accommodation, ni utérine, ni pelvienne. Il n'y a, par conséquent, aucune présentation.

« Lorsque le travail débute, la contraction utérine, rétrécissant les diamètres transverses, sollicite la présentation longitudinale, l'immobilise, et alors se trouve au niveau du détroit supérieur la tête ou le siège.

« C'est la variété que j'appelle la présentation du siège *accidentelle* ou *fortuite*. »

Sous le nom de présentations du siège franches, M. Pinard veut-il parler des cas où l'extrémité pelvienne se trouverait, dans les derniers temps de la grossesse, engagée plus ou moins profondément dans l'excavation pelvienne? Cela est peu probable, car s'il montre que le siège reste en bas fixé dans sa situation, il ne dit nulle part qu'il plonge dans l'excavation elle-même. Du reste, depuis Mme Lachapelle, l'expression de présentation franche a un sens nettement déterminé : « Lorsque, dit M. Pajot, chacune des présentations précédentes occupe le centre du détroit supérieur, on dit que la présentation est *franche*, mais il peut arriver à ces régions fœtales d'être plus ou moins inclinées au détroit supérieur. On appelle alors ces présentations *irrégulières* ou *inclinées* (1). »

Les faits dont nous voulons parler sont d'un autre genre. Ce sont des cas où l'extrémité pelvienne se trouvait, pendant la grossesse, engagée dans l'excavation. Il nous semble qu'on peut leur appliquer l'expression de présentation *définitive*, employée par MM. Tarnier et Chantreuil. « Les présentations, disent ces

---

(1) Pajot. *In* article ACCOUCHEMENT du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. I, p. 378.

auteurs en parlant des présentations en général, sont *définitives* ou *temporaires* : définitives, quand, une fois produites, elles ne changent plus ; temporaires, lorsqu'elles remontent pour faire place à une région fœtale. Une présentation profondément engagée dans l'excavation est presque toujours définitive ; celle, au contraire, qui reste élevée, n'est assez souvent que temporaire.

Si les auteurs ne parlent guère de l'engagement du siège pendant la grossesse, ils parlent encore moins des caractères à l'aide desquels il serait possible de reconnaître cet engagement. M. Pinard lui-même n'y fait aucune allusion. En exprimant d'une façon magistrale comment on doit procéder pour faire le diagnostic de la présentation par le palper, il s'exprime ainsi (1) :
« Il faut explorer, interroger l'excavation. Pour cela, plaçant les mains à 5 ou 6 centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane, l'extrémité des doigts en rapport avec l'arc antérieur du bassin, on déprime la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, en rasant les branches horizontales du pubis.

« En opérant convenablement, deux sensations seulement peuvent être perçues : ou bien les doigts éprouvent une sensation de résistance résultant de la rencontre d'un corps dur, volumineux et arrondi et qui remplit l'excavation, et ne peuvent pénétrer plus profondément ; ou bien au contraire les doigts ne rencontrent qu'une résistance fournie par les parties molles et peuvent s'enfoncer plus ou moins bas. Dans le premier cas, l'excavation est remplie ; dans le second, elle est vide de parties fœtales.

« Examinons ces deux cas : excavation pleine et excavation vide.

« *Excavation pleine.* — Le corps que l'on rencontre offre toujours les caractères suivants : il est arrondi, régulier, résistant et remplit en totalité ou en partie l'excavation. Ces caractères

(1) A. Pinard. *Loco citato*, p. 116 et suivantes.

ne peuvent appartenir qu'à l'extrémité céphalique ; d'autre part, le palper étant pratiqué pendant la grossesse, c'est-à-dire avant le début du travail, ce ne peut être que l'extrémité céphalique fléchie, le *sommet*, car jamais pendant la grossesse on ne rencontre dans l'excavation l'extrémité céphalique défléchie (la face), le siège ou le tronc. Des cinq régions fœtales qui peuvent se présenter avant le travail, *le sommet seul s'engage*. En raison de la conformation anatomique et du volume des autres régions, il est nécessaire, indispensable, pour que leur engagement se produise, que des contractions puissantes, fréquentes existent ; et ces dernières n'apparaissent que pendant le travail de l'accouchement et nullement pendant la gestation.

« Donc *premier point* extrêmement important : la déduction constante et essentiellement pratique qui découle de cette simple constatation, à savoir que chez une femme enceinte il y a une région fœtale qui plonge dans l'excavation, est la suivante : *la présentation est celle du sommet.* »

Il est évident que si, d'une part, on ne pense pas que l'extrémité pelvienne peut s'engager dans l'excavation pendant la grossesse, et si, d'autre part, on croit que toutes les fois qu'une région fœtale plonge dans l'excavation il y a une présentation du sommet, on sera exposé à se tromper et à affirmer une présentation de l'extrémité céphalique fléchie, alors qu'en réalité il existera une présentation du siège définitive. L'erreur sera d'autant plus facile que l'auscultation et le toucher donneront aussi des renseignements analogues à ceux qu'on trouve dans les présentations du sommet, M. Devilliers (1) raconte comment il s'est une fois trompé.

« Une dame de 24 ans, dit-il, primipare, bien conformée et chez laquelle le fond de l'utérus s'était notablement abaissé pendant les derniers jours de la grossesse, est prise à terme des douleurs de l'enfantement. L'auscultation me fait percevoir,

(1) C. Devilliers, *Recueil de Mémoires et d'Observations*, t. I, p. 71 et 72 Paris, 1862.

dès le début du travail, les battements doubles du fœtus dans une partie de la région inférieure droite de l'utérus, leur summum sur le milieu d'une ligne s'étendant de l'épine iliaque droite antérieure et supérieure à l'ombilic ; cette situation des bruits me laisse d'abord supposer une présentation du vertex en occipito-iliaque droite, et le toucher, que je ne puis pratiquer qu'avec beaucoup de ménagements à cause de l'intégrité des membranes et du peu de dilatation de l'orifice, me laisse percevoir à travers une couche épaisse de liquide amniotique, une tumeur ronde, régulière, peu élevée, offrant une dépression semblable à une suture, mais dirigée de droite à gauche et d'avant en arrière. Pour le moment je ne pousse pas plus loin mes investigations, le travail me paraissant d'ailleurs suivre une marche régulière. Ce n'est que six heures après que le stéthoscope m'indiquant toujours les bruits du cœur fœtal situés à la même place, l'orifice étant dilaté presque à moitié et les membranes étant rompues, je reconnais par le toucher une présentation de l'extrémité pelvienne par les fesses seules, en position sacro-iliaque droite antérieure. »

Il est probable qu'en cherchant dans leurs souvenirs un certain nombre de médecins se rappelleront des cas où après avoir cru à une présentation du sommet, ils ont été surpris de voir l'enfant sortir par l'extrémité pelvienne. Nous nous croyons d'autant plus autorisé à faire cette supposition, que nous avons eu l'occasion de voir plusieurs femmes arrivées près du terme de leur grossesse qui furent examinées par un certain nombre de personnes, dont quelques-unes très compétentes : le diagnostic porté fut en général celui de la présentation du sommet, alors qu'en réalité il existait une présentation du siège engagé dans l'excavation. En voici quelques observations.

Obs. I. — La nommée Marie Des..., passementière, se présente à l'hôpital des Cliniques le 3 janvier 1879, disant qu'elle a, pendant la nuit précédente, perdu un peu de sang. Elle est âgée de 30 ans et enceinte pour la seconde fois, ses dernières règles sont apparues le 8 mai 1878. On la reçoit et elle est couchée au lit n° 1. En l'exami-

nant, on constate au palper qu'une partie fœtale, volumineuse, résistante, plonge dans l'excavation pelvienne : une autre extrémité fœtale arrondie se trouve au fond de l'utérus, au niveau de la région épigastrique. Du côté gauche, il existe une surface large, plane, régulière, s'étendant de haut en bas et dirigée un peu en avant, c'est le dos. Du côté opposé, il n'y a pas beaucoup de liquide amniotique dans la cavité utérine. A l'auscultation, on entend le maximum des bruits du cœur au-dessous de l'ombilic et à gauche. Au toucher, le doigt arrive dans le cul-de-sac antérieur, sur une partie assez profondément engagée, laquelle à travers le segment inférieur de l'utérus, paraît ronde et dure.

Tous ces caractères réunis pourraient faire croire, au premier abord à une présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche antérieure, mais, frappé par quelques particularités, on examine plus attentivement, on analyse avec plus de soin les sensations perçues, et voici ce qu'alors on constate.

Par la palpation, la partie fœtale qu'on trouve plongeant à travers le détroit supérieur paraît bien arrondie, sphérique en avant, mais si on cherche sur elle les caractères que M. Pinard a montrés appartenir à la région frontale, on ne les trouve ni d'un côté ni de l'autre. De plus, si, en avant, la partie qui s'engage est assez dure, elle ne l'est peut-être pas autant que la tête, et en portant l'extrémité des doigts plus en arrière, vers la face antérieure du sacrum, la résistance des parties est moins grande.

L'attention étant ainsi éveillée, on explore avec plus de soin la partie fœtale qui occupe le fond de l'utérus : elle est ronde, moins volumineuse que ne l'est d'habitude le siège près duquel les membres supérieurs sont rassemblés, elle est en tout cas plus régulière et plus dure. Cependant, comme il n'y avait que peu de liquide dans la cavité utérine, on n'a pu percevoir le battement céphalique qu'après avoir placé la femme sur les genoux et sur les coudes; en mettant alors la main sur la région épigastrique et en repoussant de bas en haut et d'avant en arrière l'extrémité du fœtus qui se trouve à ce niveau, on obtient la sensation de ballottement (1).

---

(1) M. Tarnier a déjà écrit : « Cependant, pour peu que les parois abdominales soient épaisses ou la paroi utérine rigide, on peut confondre l'extrémité céphalique (placée en haut) avec l'extrémité pelvienne, surtout quand on palpe

La main qui explore le dos pour faire le diagnostic de la position n'arrive pas en bas sur la légère dépression qui existe habituellement à l'union de la tête et du tronc, au niveau de la nuque. Au contraire la région dorsale se continue directement avec la partie qui plonge dans l'excavation (1).

A l'auscultation, on entend le maximum des battements du cœur au-dessous de l'ombilic et du côté gauche, mais M. Ribemont (2) ayant démontré que le cœur est, sur le fœtus pelotonné dans la cavité utérine, à égale distance de l'exrémité céphalique et de l'extrémité pelvienne, il est facile de comprendre que si le siége se trouve engagé dans l'excavation, on devra aussi bien que dans les présentations du sommet entendre le maximum des bruits cardiaques au-dessous de la région ombilicale.

Au toucher, le doigt trouve bien dans le cul-de-sac antérieur une partie fœtale ronde, régulière, assez dure, qui correspond à la fesse et à la région trochantérienne dirigée en avant, mais si, au lieu de limiter le toucher vaginal à l'exploration du cul-de-sac antérieur, on porte le doigt dans les culs-de-sac latéraux et dans le cul-de-sac postérieur, on sent des inégalités. On ne peut évidemment distinguer avec netteté le sillon interfessier, mais on ne reconnaît pas la tumeur partout sphérique et résistante qu'on trouve en général dans les présentations du sommet.

Tous ces caractères réunis firent porter le diagnostic de présentation de l'extrémité pelvienne, en position sacro-iliaque gauche, variété antérieure.

---

celle-ci par sa face postérieure ou sacrée. Il ne faut donc accorder qu'une médiocre importance à ce genre d'exploration; il n'en est pas moins vrai qu'il a son utilité, et nous avons en mémoire tel fait clinique où l'auscultation et le toucher semblaient indiquer une présentation du sommet, tandis que par le palper on sentait la tête au fond de l'utérus, et l'enfant naquit par le siège. » Tarnier, in *Atlas complémentaire de tous les Traités d'accouchements*, p. 221, Paris, 1864, et notes ajoutées au texte de Cazeaux, 8e édition, p. 335.

(1) Dans certains cas qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Tarnier a complété le diagnostic en constatant, en rapport avec le plan antérieur du fœtus, la présence des membres inférieurs relevés qu'il pouvait suivre dans toute leur longueur (Tarnier. Communication orale.)

(2) A. Ribemont. *Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus, Applications à l'obstétrique*, p. 18. Paris, 1878.

Le fœtus resta profondément engagé dans cette situation jusqu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu le 13 février. L'enfant qui fut expulsé par le siége était une fille pesant 2,430 grammes. Il y avait une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

Nous avons vu d'autres cas du même genre que nous allons résumer en quelques mots :

Obs. II. — Le 25 décembre 1878, entre à l'hôpital des Cliniques la nommée Pauline C..., âgée de 24 ans, couturière. Cette femme, qui est enceinte pour la troisième fois, a eu ses dernières règles du 18 au 20 avril : sa grossesse a été absolument normale. En l'examinant un peu après son entrée, on trouve que le fond de l'utérus ne remonte qu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A la palpation, on constate que le détroit supérieur est complètement rempli par une partie fœtale, mais cette partie examinée avec soin est un peu mollasse irrégulière.

Au fond de l'utérus, au niveau et au-dessus de l'ombilic, on trouve, un peu à droite, une partie volumineuse, dure, ronde, régulière : cette partie ballotte sous la pression brusque des doigts, car il paraît y avoir une quantité normale de liquide dans la cavité utérine. Le dos est dirigé à gauche et en avant. Le maximum des bruits du cœur est au-dessous de l'ombilic, à gauche, mais très voisin de la ligne médiane.

Au toucher, on sent à travers le cul-de-sac antérieur une partie ronde, volumineuse, qui a été prise pour la tête par une personne qui a déjà fait l'examen ; mais en certains points, surtout en arrière, cette partie est mollasse, moins régulière. Les premières douleurs apparurent le 26 décembre, à 3 heures du soir; nous avons, à 6 heures 1/2, essayé en vain, avec M. Chaignot, externe du service, de refouler le siége au-dessus du détroit supérieur dans l'intervalle des contractions utérines, afin de pratiquer ensuite la version céphalique par manœuvres externes. Le 27 décembre, à 6 heures 40 du matin, l'accouchement se terminait rapidement, dix minutes après la rupture des membranes, par l'expulsion d'un garçon pesant 2,800 grammes, et sortant par les fesses, les membres inférieurs relevés sur la paroi antérieure du tronc.

Obs. III. — La nommée Louise-Désirée B..., âgée de 20 ans, couturière, enceinte pour la première fois, entre à la clinique de la Faculté le 1er octobre 1879. A l'examen, on trouva les mêmes caractères que dans l'observation I. Seulement, comme il y avait très peu de liquide dans la cavité amniotique, il ne fut pas possible de percevoir au fond de l'utérus le ballottement céphalique : la tête était cependant reconnaissable à ses autres caractères. Le dos était dirigé à droite. L'accouchement eut lieu le 11 octobre, à 2 heures du matin ; il existait une extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses, l'enfant était du sexe masculin et pesait 2,900 grammes.

D'autres observations m'ont été communiquées. Il y a dix-huit mois, un de mes bons amis, accoucheur distingué, vint me voir vers quatre heures du soir et me dit qu'ayant quelques instants de liberté, il allait assister à la leçon que je devais faire à mon cours particulier. Je parlai justement, ce jour-là, des présentations de l'extrémité pelvienne, et j'insistai sur les caractères qui permettent de faire, pendant la grossesse, le diagnostic des présentations temporaires et des présentations définitives du siège. « Vous ne sauriez croire, me dit après la leçon mon ami le docteur X .., combien le diagnostic que vous avez exposé m'a intéressé. Il y a quelques mois, ma femme m'a donné un troisième enfant. Pendant les derniers temps de sa grossesse, je l'ai souvent examinée, et chaque fois je faisais le diagnostic de présentation du sommet, je croyais la tête profondément engagée dans l'excavation. Je pensais trouver, et je trouvais en réalité presque tous les caractères habituels de la présentation de l'extrémité céphalique fléchie. Quelle ne fut pas ma surprise, pendant le travail, de constater par le toucher, après la rupture des membranes, une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. »

M. le docteur Ribemont a bien voulu, de son côté, me communiquer les deux observations suivantes :

Obs. IV. — Mme Br..., primipare, âgée de 20 ans, a eu ses dernières règles le 20 septembre 1878. Je la vois pour la première fois et l'examine le 15 juin 1879. L'excavation est occupée par une partie

fœtale volumineuse qui la remplit complètement et ne permet pas d'enfoncer au-dessous du détroit supérieur l'extrémité des doigts qui dépriment les parois abdominales en arrière des branches horizontales du pubis. Je pense immédiatement avoir affaire à une présentation du sommet, et je cherche à reconnaître les caractères du siège au niveau du fond de l'utérus. Une sensibilité assez vive des parois abdominales m'empêche d'explorer comme je le voudrais le fond de l'utérus, où je ne puis sentir aucune petite partie fœtale. Le plan dorsal est à gauche et en avant. L'auscultation, en me faisant entendre les bruits cardiaques en un point plus rapproché de la symphyse pubienne que du fond de l'utérus, me confirme dans mon opinion.

Pratiquant alors le toucher, je rencontre une partie fœtale arrondie, ferme, très profondément engagée dans l'excavation. Le segment inférieur de l'utérus est assez épais, et je ne puis sentir ni suture, ni fontanelle.

En déprimant la partie fœtale dans le cul-de-sac postérieur, elle me sembla moins osseuse qu'une extrémité céphalique. Me souvenant alors des faits dont, quelques mois auparavant mon ami M. le Dr Budin avait entretenu ses élèves particuliers, faits d'engagement profond de l'extrémité pelvienne dans l'excavation plus ou moins longtemps avant le début du travail, je redoublai d'attention. Le palper, pratiqué de nouveau au détroit supérieur, ne me donnait pas la sensation de tumeur osseuse plus appréciable du côté de la région frontale. Il n'y avait pas ce vide qui existe entre le tronc et la partie fœtale engagée lorsque celle-ci est l'extrémité céphalique. Je me ralliai alors à ce diagnostic : présentation du siège en position sacro-iliaque gauche antérieure.

Le 21 juin, Mme Br... accouchait d'une fille bien développée, qui sortit en présentation du siège, mode des fesses.

Obs. V. — Boud... (Adolphine), primipare, âgée de 20 ans, entre le 13 décembre 1880 à la Clinique. Elle est enceinte de huit mois environ. Deux élèves du service l'examinent le lendemain et portent sans hésitation le diagnostic de présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche antérieure. Voulant contrôler leur diagnostic, je pratique le palper et reconnais que l'excavation pelvienne est remplie par une partie fœtale volumineuse qui s'y engage profondément. Il est toutefois difficile d'apprécier la forme de cette partie ; elle ne paraît pas nettement distincte des parties fœtales situées au-dessus du dé-

troit supérieur, mais semble plutôt se continuer avec elles, du moins à gauche. De ce côté, et sur toute la hauteur de l'utérus, je reconnais le plan résistant formé par le dos. Au fond de l'utérus est une masse lisse, dure, régulière, que je crois être la tête, bien qu'il me soit impossible de la faire ballotter.

J'examine avec attention la masse engagée dans l'excavation pelvienne, et je sens, en exerçant sur elle avec les deux mains des pressions simultanées et de sens opposé aux deux extrémités de son diamètre transversal, qu'elle est moins dure que ne le serait une tête et qu'il est possible de *tasser* un peu les parties qui la constituent. En auscultant, je trouve le maximum des bruits cardiaques bien au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre une masse lisse, arrondie, dont la consistance, quoique ferme, ne donne pas cette sensation de dureté osseuse qui caractérise la tête.

Le diagnostic n'est plus douteux. Il s'agit d'une présentation du siège en position sacro-iliaque gauche antérieure. La femme, examinée à plusieurs reprises, est soumise en vain à des tentatives de version par manœuvres externes.

Le 8 janviér 1880, Boud... accouche spontanément d'un enfant mâle du poids de 3,290 gr., qui se présente par l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. Il y avait fort peu de liquide amniotique.

Voici donc six cas dans lesquels il y a eu, pendant la grossesse, avant tout début de travail, une présentation de l'extrémité pelvienne définitive, le siège étant profondément engagé. Dans tous ces faits, il s'agissait de présentations de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

En général, les enfants n'étaient pas très volumineux (obs. I, 2,430 gr.; obs. II, 2,800 gr.; obs. III, 2,900 gr.).

Dans la plupart des cas, il y avait peu de liquide amniotique et l'utérus était parfois assez fortement appliqué sur le fœtus.

Ces diverses conditions s'ajoutent pour expliquer l'engagement du siège pendant les derniers temps de la grossesse.

Trois des femmes étaient primipares, les autres étaient, l'une secondipare, deux tertipares. Autant donc qu'il est permis d'en juger par ces observations encore trop peu nombreuses

ces faits ne seraient guère plus fréquents chez les primipares que chez les multipares.

En résumé :

1° Dans les derniers temps de la grossesse, on peut observer des présentations définitives de l'extrémité pelvienne.

2° Dans les cas où le siège était ainsi engagé, il s'est toujours agi jusqu'ici de présentations de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses.

3° L'inspection, la palpation, l'auscultation et le toucher peuvent, au premier abord, faire croire à une présentation de l'extrémité céphalique fléchie avec engagement marqué de la tête, mais si on analyse attentivement plusieurs des sensations perçues, il est possible d'éviter toute erreur et d'arriver au diagnostic exact.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE CLINIQUE DES PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÊMITÉ PELVIENNE.

Par le Dr Cantacuzène.

Il a quelques jours seulement nous avons pris connaissance de l'intéressant mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par M. le Dr P. Budin, intitulé : *Du diagnostic, pendant la grossesse, de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne.*

La lecture de ce mémoire nous a rappelé un cas analogue à ceux que M. Budin a décrits, et que nous avons observé pendant notre séjour à la Clinique d'accouchements. En publiant cette observation, nous serons amené, malgré nous, à discuter certains points du mémoire dont nous parlons. Nous sommes bien sûr que M. Budin, dont nous avons pu apprécier l'extrême bienveillance, voudra bien nous accorder cette permission.

Voici l'observation :

Léonie A..., mécanicienne, âgée de 19 ans, est reçue, le 15 février 1876, à l'hôpital des cliniques. Il y a deux ans environ, première grossesse; accouchée à terme d'un enfant pesant 2,950 grammes, venu par le sommet. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 3 mai 1875; elle est par conséquent à terme.

Nous l'examinons le 18 février. Ventre bien développé, un peu saillant; écartement peu considérable de la ligne blanche. L'utérus, un peu en antéversion, est incliné à gauche; il touche par son fond l'appendice xyphoïde et les dernières côtes gauches.

Au fond de l'utérus trouvons, au niveau de l'aire du détroit supérieur et proéminant fortement dans l'excavation, l'une des deux extrémités de l'ovoïde fœtal, immobilisée, plus accessible à droite, où nous sentons aussi une petite partie fœtale qui repose, pour ainsi dire, dans la fosse iliaque de ce côté. Cette extrémité, assez régulière et résistante, est trop peu volumineuse pour être le siège, et cependant, on sent bien que ce n'est pas la tête.

Au fond de l'utérus (nous avons dit qu'il était incliné à gauche), on sent l'autre extrémité. Celle-là resistante, régulière, non accompagnée de petites parties fœtales, est assez grosse pour un siège, mais trop grosse pour une tête. On ne peut obtenir le ballottement céphalique.

Le plan résistant qui réunit ces deux extrémités, le dos, regarde à gauche et en avant. En suivant ce dos, nous constatons qu'il se continue sans ligne de démarcation avec l'extrémité inférieure. Il n'en est plus de même pour l'extrémité supérieure. Là, nous trouvons une petite dépression, un petit sillon, arrivant sur l'extrémité.

Ce qui augmente la difficulté du palper, au point de vue de l'appréciation exacte des caractères des deux extrémités fœtales, c'est la très petite quantité de liquide amniotique; la paroi utérine, très épaisse chez cette femme, s'adapte, pour ainsi dire, sur le fœtus.

Le développement transversal de l'utérus est très peu marqué.

Le maximum des battements du cœur est à gauche, près de la ligne médiane et *au-dessous de l'ombilic*.

Par le toucher, on sent proéminer dans l'excavation une partie fœtale, arrondie, dure en avant, un peu moins résistante en arrière; elle ne peut être refoulée dans le bassin. Le col, mesurant 1 cent. 1/2

environ, ayant ses deux orifices ouverts, est situé à droite et en arrière.

Nous diagnostiquons une présentation du siège en S. S. G. A.

Cette femme est accouchée le surlendemain d'un garçon pesant 3150 grammes venu par le siège en S. S. G. A., mode des fesses.

A l'instigation de notre excellent maître, M. Pinard, alors chef de clinique, nous prenons la mesure des diamètres de la tête et du siège de cet enfant. Chose remarquable, les diamètres de la tête l'emportaient de beaucoup sur les diamètres du siège.

Le diamètre bi-iliaque mesurait 8 centimètres 1/2, et le bi-trochantérien 9 centimètres, tandis que le bi-pariétal mesurait 9 cent. 7; l'occipital de cet enfant présentait une convexité telle que le diamètre occipito-frontal était énorme : il mesurait 13 centimètres. Il est probable que lors de notre examen, c'est suivant ce diamètre que nous saisissions la tête. Le diamètre bi-trochantérien mesurait 10 cent. 5 chez un autre enfant venu par le sommet et ne pesant que 2,830 gr.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, notre observation est analogue à celles de M. Budin, nous n'avons pas dit identique. En effet, dans le cas que nous avons observé, nous n'avons pas trouvé l'*engagement profond* du siège, qui a été constaté dans toutes les observations publiées par M. Budin. Cela ne change cependant en rien les choses, à notre avis. Les observations de M. Budin, ainsi que la nôtre, se rapportent à des cas de présentations de l'extrémité pelvienne, alors que le fœtus est accommodé, de présentations du siège *franches*, pour employer l'expression de M. Pinard; nous ne verrions aucun inconvénient à nous servir de l'expression *définitive* (1), si M. Budin n'avait voulu, à tort selon nous, réserver ce nom aux cas où il existe un engagement prononcé. Nous disons à tort, parce que pas n'est besoin, dans les cas de ce genre, qu'il

(1) D'autant plus que M. Pinard, à la p. 38 de son *Traité du palper abdominal*, emploie cette expression. Voici ce passage : « On conçoit que l'importance qu'il y a à distinguer ces deux variétés (accidentelles ou fortuites, et franches) n'est pas seulement d'ordre spéculatif, mais bien d'ordre clinique et pratique, car, tandis que l'une peut et doit disparaître, l'autre est *définitive*. »

y ait engagement pour que la présentation soit définitive. En effet, dans ces cas où la quantité de liquide amniotique est minime, où l'utérus est, pour ainsi dire, accolé sur le produit qu'il renferme, le fœtus ne pourrait évoluer à moins de crever l'utérus.

Mais, nous dira-t-on, c'est la même raison qui a décidé M. Budin à choisir un autre nom ; M. Pinard nie la possibilité de l'engagement du siège pendant la grossesse, donc... etc. Nous reviendrons plus loin sur ce point. Pour le moment, bornons-nous à dire que le mot *franche* signifie *accommodation*, qu'il y ait ou non engagement ; c'est un point capital.

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le palper, chez la femme qui fait le sujet de notre observation, était assez difficile. Il en était de même dans les cas rapportés par M. Budin. L'erreur de diagnostic était par conséquent possible, probable même, si nous n'avions pratiqué le palper, d'après la méthode rigoureuse donnée par M. Pinard. Nous pouvons affirmer, qu'avec un palper méthodique, l'erreur est impossible ; on peut douter parfois, mais on ne peut pas se tromper. Et, à ce propos, nous dirons que la crainte manifestée par M. Budin dans le passage suivant de son mémoire, nous semble exagérée : « Il est évident, dit-il, que si, d'une part, on ne pense pas que l'extrémité pelvienne puisse s'engager dans l'excavation pendant la grossesse, et si, d'autre part, on croit que toutes les fois qu'une région fœtale plonge dans l'excavation, il y a une présentation du sommet, on sera exposé à se tromper, etc. » Nous ne nions pas que l'erreur soit possible, si l'on se bornait à interroger l'excavation ; et cependant, même dans ce cas, la chose nous semble difficile, parce qu'il ne suffit pas, croyons-nous, de constater la présence d'une extrémité fœtale au niveau ou dans l'excavation, encore faut-il étudier ses caractères. Mais, quel est le médecin qui pourrait se contenter d'un examen aussi superficiel pour faire son diagnostic ?

Poursuivant le même ordre d'idées, M. Budin dit : « Si les auteurs ne parlent guère de l'engagement du siège pendant la grossesse, ils parlent encore moins des caractères à l'aide des-

quels il serait possible de reconnaître cet engagement; M. Pinard lui-même n'y fait aucune allusion. » Nous avouons ne pas bien saisir le sens de cette phrase. M. Budin veut-il parler des moyens à l'aide desquels il serait permis de faire le diagnostic de l'engagement du siège? Mais il nous semble qu'on n'a pas besoin de moyens spéciaux pour reconnaître l'engagement de cette partie? Les moyens qui nous servent à reconnaître que le sommet ou la face sont engagés nous serviront à reconnaître l'engagement du siège. M. Budin lui-même fait une longue citation du livre de M. Pinard, où il est dit comment il faut s'y prendre pour interroger l'excavation, c'est-à-dire pour reconnaître si cette excavation est vide, ou bien s'il y a engagement. Mais, en dehors de ce moyen, qui est plus nouveau, avons-nous besoin de rappeler le toucher vaginal qui, lui, doit être vieux comme le monde?

Enfin, M. Budin nous donne-t-il des signes nouveaux pour faire le diagnostic de la présentation du siège avec engagement? Il fait son diagnostic à l'aide des signes que nous avons employés nous-mêmes pour arriver à faire le nôtre : caractères de la tête, caractères du siège, dépression cervicale, ballottement cephalique, etc. Or, nous devons l'avouer, et ce n'est que justice, tous ces signes, nous les avons trouvés décrits dans le livre de M. Pinard sur le palper abdominal.

Empressons-nous d'ajouter cependant, que cette discussion n'enlève rien au mérite du mémoire de M. Budin. M. Budin a prouvé, à l'aide d'observations, que l'engagement du siège est possible pendant la grossesse. L'observation que nous publions vient corroborer son mémoire. Il est vrai que l'engagement n'était pas aussi prononcé; nous nous sommes servi dans notre observation de l'expression « proéminait fortement », nous pourrions dire : le siège était *un peu engagé*. La limite n'est pas bien tranchée; c'est une question d'appréciation.

Un point important de notre observation, sur lequel nous nous permettons d'attirer l'attention, c'est la petitesse des diamètres du siège de l'enfant, relativement à ceux de la tête. En réfléchissant à ce fait, nous avons entrevu alors la possibilité de

l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse. Il eût été désirable de connaître les diamètres de la tête et du siège, chez les enfants des observations du mémoire de M. Budin. On aurait trouvé, pent-être, en les comparant à ceux que nous donnons, l'explication de l'engagement considérable qui a été noté. Nous disons *peut-être*, parce que nous savons qu'il y a d'autres éléments en dehors du fœtus, dont on doit tenir compte : nous voulons parler de l'utérus, au point de vue de sa puissance de contraction pendant la grossesse, et des diamètres du bassin. D'ailleurs, la cause de cette accommodation anormale (présentation franche) est indiquée par M. Pinard dans son Traité du palper. A la page 37, il cite, entre autres causes, « le peu de développement de tous les éléments qui constituent l'extrémité pelvienne, alors que la tête offre un développement considérable, sans cependant être pathologique », comme capable de l'engendrer.

M. Budin dit que M. Pinard nie cet engagement pendant la grossesse. Cela est vrai. Cependant à la page 187 de son livre, M. Pinard, en parlant du manuel opératoire de la version par manœuvres externes dans les cas de présentation du siège, dit : « Tantôt la tête est préhensible, mais l'extrémité pelvienne, bien que non engagée, *se présentant d'aplomb au niveau de l'aire du détroit supérieur, proémine légèrement dans l'excavation*. Cela s'observe surtout dans la variété du siège décomplétée (fesses). » On le voit, M. Pinard convient qu'elle peut *proéminer*. Il est évident que les cas observés par M. Pinard étaient analogues à ceux qui nous occupent. Malheureusement, il n'y avait pas d'engagement. Nous inclinons à croire que le jour où M. Pinard rencontrera des cas où cet engagement lui sera démontré, loin de les nier, il s'en servira pour étayer encore plus solidement, si cela était possible, cette belle loi de l'accommodation pendant la grossesse, qu'il a si bien décrite, et qui complète, pour ainsi dire, la fameuse loi de l'accommodation pendant le travail, de notre vénéré maître, M. le professeur Pajot (1).

(1) *Union médicale*, n° 181.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRANSACTIONS OF THE OBSTETRICA SOCIETY OF LONDON, vol. XXII, année 1880.

Ce volume des comptes rendus de la Société d'obstétrique de Londres n'est pas moins intéressant que ceux des années précédentes. Il renferme un grand nombre de mémoires fort étudiés, ainsi qu'on en jugera d'après ceux dont nous donnons l'analyse. Nous avons été, à notre grand regret, obligé de laisser de côté un certain nombre de travaux, en raison des limites qui nous avaient été imposées pour rendre compte d'un ouvrage aussi important. De plus, tous ces mémoires ont donné lieu à des discussions pleines d'intérêt où l'on voit figurer les plus grands noms de l'obstétrique anglaise : Spencer Wells, Duncan, Gervis, Barnes, Playfair, West, Hewitt, etc.

I. — Des indications de l'avortement provoqué, par O. Priestley.

L'auteur pense rendre service aux médecins en formulant certaines règles, qui, tout en leur laissant une grande latitude, pourront leur servir de guide à l'occasion :

1° Lorsqu'on constate dans les premiers mois de la grossesse un rétrécissement et une déformation du bassin tels qu'il sera impossible à l'enfant de naître viable. Le diamètre minimum au-dessous duquel un enfant ne peut pas naître vivant est de 7 centimètres. Par conséquent, si le plus grand diamètre constaté est moindre que 7 centimètres, il faudra ou avoir recours à l'avortement ou laisser la grossesse suivre son cours, et alors pratiquer la craniotomie, l'embryotomie ou l'opération césarienne.

2° Quand l'expulsion d'un enfant vivant est rendue impossible par suite de la présence de tumeurs, de cicatrices ou d'une affection maligne qui rétrécit le canal génital.

Il faut une grande attention pour apprécier le degré d'obstruction, car on est souvent étonné de voir combien la nature vient en aide en produisant au moment propice une dilatation qui permet quelquefois d'avoir un résultat heureux dans des cas où on y comptait le moins.

De plus, on ne doit pas oublier qu'on peut diminuer le volume des tumeurs à contenu liquide par la ponction et même qu'on peut les déplacer de côté.

La question de l'opération césarienne a changé de face depuis l'adoption des procédés antiseptiques et, bien que l'état puerpéral vienne cependant ajouter un risque de plus, les séries heureuses qu'on a obtenues engagent à tenter une opération qui sauvera et la mère et l'enfant. On devra toujours la préférer à l'avortement quand il y aura un cancer du col et du vagin compliquant la grossesse.

3° L'avortement est indiqué quand des vomissements incoercibles ont tellement affaibli la malade qu'une issue fatale est à craindre si l'on n'intervient pas.

Il y a aujourd'hui tant de médications proposées contre cette complication qu'il faudra d'abord y avoir recours avant de pratiquer l'avortement. Quand ces divers moyens ont échoué, on pourrait avoir recours à la dilatation du col à un faible degré qui, d'après COPEMAN, de Norwick, arrêterait les vomissements sans agir sur l'utérus.

Quand rien n'a réussi et que l'épuisement est extrême, alors il n'y a plus à hésiter, on doit vider l'utérus.

4° Dans l'éclampsie qui survient pendant les premiers mois de la grossesse, avec ou sans albuminurie quand les attaques sont assez grosses et se répètent assez souvent pour mettre en danger la vie de la femme.

Il faut encore dans ce cas épuiser toutes les ressources de l'art avant d'avoir recours à l'avortement. C'est surtout indiqué quand l'utérus est surdistendu par de l'hydramnios ; la ponction des membranes pourra apporter une amélioration immédiate dans l'état de la patiente.

5° Dans les cas de rétro-déplacements irréductibles.

Il ne faudrait pas conclure de là que la simple constatation de cette variété de déviation ou que l'impossibilité de la réduire de suite fût une indication d'avortement ; celle-ci n'existe que lorsqu'il y a des symptômes graves qui mettent la vie en danger. Car on n'oubliera pas qu'il arrive souvent que l'utérus gravide rétrofléchi se réduit de lui-même.

6° Lorsque, dans les premiers mois de la grossesse, il survient une hémorrhagie grave que l'on ne peut arrêter et qui menace la vie de la femme.

7° Dans les cas de maladies aiguës ou chroniques dont la gros-

sesse vient constituer une complication et mettre en danger la vie de la femme, si on la laisse suivre son cours normal. Telles sont, par exemple, l'hydropisie avec albuminurie quand tout traitement a échoué et que la femme est très anémiée ; l'hémorrhagie intestinale qui menace d'être mortelle ; les maladies du cœur accompagnées de dyspnée intense ; la chorée grave et la manie dépendant de la grossesse.

On n'oubliera pas que le médecin qui provoque l'avortement assume une grande responsabilité, si grande même, que TARDIEU voulait que tout médecin fît une déclaration légale à l'officier ministériel quand il proposait d'interrompre une grossesse même à l'époque de viabilité du fœtus. Mais, en tout cas, on fera bien de réunir deux ou trois confrères en consultation avant de se décider à une pareille mesure.

L'auteur de ce travail propose d'adopter ce principe comme règle générale : c'est que l'avortement ne sera justifié que *quand la vie de la mère est tellement menacée, si la grossesse continue son cours, qu'il ne reste plus d'autre alternative de la sauver qu'en vidant l'utérus.*

II. — Tracés des mouvements du fœtus à l'aide du gastrographe, par BRAXTON HICKS.

Le fœtus se meut dans l'utérus de deux façons différentes : 1° Par des saccades brusques ; 2° en tournant en tout sens. Le premier mouvement est marqué sur le tracé par une ascension brusque, de même lorsque la mère soulève les membres inférieurs, de sorte, qu'il est encore impossible de distinguer ces deux mouvements. Le second est marqué par une ascension graduelle, se produisant sur plusieurs ondes et se terminant par une descente de même nature. Pour le moment le tracé ne peut pas nous indiquer si les mouvements appartiennent à la mère où à l'enfant, excepté pour le premier quand on est certain qu'il n'y a pas eu de mouvements des membres pendant qu'on observait.

On ne sait pas encore de quelle utilité pourront être ces tracés ; cependant, dans un cas de grossesse extra-utérine, l'auteur a pu avoir un tracé distinct des mouvements du fœtus, et alors il pratiqua la gastrotomie.

III. — L'enlèvement des tumeurs fibreuses par la laparotomie, par Knowsley Thornton.

L'auteur examine d'abord quelles sont les objections faites à cet'e manière d'agir : 1° Les tumeurs fibreuses diffèrent des tumeurs ovariennes en ce que leur développement n'amène pas nécessairement une terminaison fatale ; 2° elles sont plus soulagées, arrêtées dans leur développement ou guéries par un traitement médical ou par des procédés chirurgicaux moins dangereux. L'opération ayant pour but d'enlever les fibromes par la laparotomie est bien plus dangereuse que les opérations analogues qui se font pour enlever les tumeurs ovariennes. La première objection est généralement fondée, cependant les tumeurs fibreuses ont une terminaison bien plus souvent funeste qu'on ne le pense, sinon directement, du moins par les souffrances prolongées, les hémorrhagies, l'obstruction de l'intestin ou des uretères. La seconde objection est incontestable, mais il n'est personne qui ait jamais proposé l'enlèvement d'un fibrome avant d'avoir essayé les procédés de douceur. Quant à la troisième objection elle a cessé d'être juste depuis le jour où on a employé la méthode antiseptique.

Les cas ordinaires se divisent en trois groupes :

1° Dans le premier rentrent les cas du genre de celui dont l'auteur a publié l'observation qui se rapportait à une procidence due à une tumeur fibreuse attirant l'utérus en bas. L'indication d'opérer est alors absolue et il vaut mieux enlever les deux ovaires bien que cela ne soit pas nécessaire. Cette opération « l'hystérectomie avec enlèvement des deux ovaires » est une des plus formidables de la chirurgie, à la fois par la difficulté qu'elle présente et par les dangers qu'elle fait courir.

2° Ensuite vient « l'enlèvement des fibromes sensibles avec ou sans enlèvement des ovaires ». Dans ces cas encore, à moins qu'il n'y ait une contre-indication spéciale, il faut enlever les deux ovaires, sans cela, on n'est pas certain d'une guérison durable. Les opérations de cette classe sont presque aussi dangereuses que les précédentes, mais elles en diffèrent en ce que l'utérus, en tant qu'organe, ne fait pas *nécessairement* partie intégrante de ces tumeurs.

3° Enfin, nous avons « l'enlèvement des tumeurs pédiculées », et si ces productions sont libres d'adhérences et si l'on emploie les procédés antiseptiques, on ne court, pour ainsi dire, aucun risque et

certainement pas plus que dans l'enlèvement d'un kyste simple de l'ovaire.

S'il était toujours possible de diagnostiquer la variété de fibromes à laquelle on a affaire, la proposition de l'auteur serait celle-ci : « On est autorisé à opérer, ou bien à faire une opération exploratrice. Mais dans l'état actuel de nos connaissances, toutes les opérations doivent être exploratrices, et l'on ne peut réellement décider si l'on doit continuer ou arrêter l'opération que lorsqu'on voit et qu'on touche la tumeur ».

C'est donc à l'expérience à nous apprendre quelles sont les tumeurs fibreuses que l'on peut enlever avec peu de risques, avec des risques modérés ou avec de grands risques et alors on aura à mettre en colonne, d'un côté, les risques probables de l'opération, de l'autre, les risques qu'on courra si l'on n'intervient pas chirurgicalement.

IV.—Remarques sur soixante-sept cas de déplacements utérins traités pendant sept ans à l'institution de Tous-les-Saints, par Graily Hewitt.

A. — *Cas d'antéversion et d'antéflexion de l'utérus.* — Cette variété de déplacements a présenté une fréquence double de celle des déviations postérieures. Ces cas observés ont été au nombre de 45 dont 30 célibataires et 15 femmes mariées. On peut apprécier la gravité des cas d'après le temps pendant lequel elles sont restées en traitement et qui varie de trois mois à cinq, six et plus.

B. — *Cas de rétroversion et de rétroflexion.* — Leur nombre a été de 22 dont 14 célibataires et 8 femmes mariées. Une de ces malades resta à l'institution pendant dix-huit mois et sortit guérie de sa rétroflexion qui avait été cause d'avortements répétés. Une autre, qui resta pendant deux ans, sortit sans qu'on ait pu remédier à sa stérilité. On obtint une amélioration considérable dans un cas très grave de rétroflexion de l'utérus avec prolapsus des ovaires. Dans un autre cas on observa une paraplégie complète qu'on attribua à une déviation utérine, et la guérison obtenue par un traitement dirigé dans ce sens vint justifier cette prévision.

Dans tous ces cas le symptôme dominant a été une impuissance physique marquée, jointe à une perte de la faculté de locomotion dont le degré était variable. L'auteur a pensé que la fréquence de ce symptôme méritait une dénomination particulière et il l'a nommé

« dyskinésie utérine ». Autrefois on avait l'habitude de regarder ce symptôme comme imaginaire, et les malades qui le présentaient étaient considérées comme hystériques, et comme leur affection était mal comprise, on les privait de tout secours médical en même temps qu'elles perdaient la sympathie de leurs parents qui étaient convaincus que ces femmes pouvaient très bien travailler ou marcher « si elles se forçaient un peu ».

Comme symptômes fréquents, on constate encore les nausées et le dégoût pour les aliments, et cela se présente si souvent qu'on peut dire d'une façon générale que les déplacements de l'utérus qui sont aggravés par la fatigue, peuvent causer une forme de nausées et de vomissements extrêmement fatiguants. Le repos de l'utérus et la suppression de toute espèce d'efforts suppriment très vite cette manifestation.

Les troubles menstruel ont été la règle générale ; c'était la plupart du temps de la dysménorrhée, d'autres fois de l'aménorrhée et dans quelques cas de la ménorrhagie et de la leucorrhée.

Quant au traitement. il a été extrêmement simple et n'a consisté que dans le repos, selon que l'utérus avait de la tendance à se déplacer en avant ou en arrière, la malade se couchait sur le dos ou sur le ventre.

Le but principal fut ensuite d'améliorer les conditions générales de nutrition du corps. Beaucoup de malades présentaient un état d'inanition chronique qui durait déjà depuis longtemps. On leur donna une nourriture facilement assimilable qui leur était administrée toutes les heures ou plus souvent. Il fallait quelquefois plusieurs mois avant de constater un résultat, et même dans un cas la malade ne put tolérer une petite quantité de viande qu'au bout d'un an.

Les efforts dirigés du côté de l'utérus consistèrent surtout en moyens très simples comme les positions dorsales, ventrales, ou génu-pectorales. Mais comme souvent les déplacements étaient anciens, on fut obligé d'avoir recours à des pessaires bien appropriés tel que celui de Hodge pour les rétroversions et rétroflexions et celui en berceau de Graily Hewitt pour les antéversions ou flexions.

L'ensemble du traitement avait donc pour but de ramener doucement le fond de l'uterus à sa position normale et de redresser le canal utérin, d'éviter autant que possible l'intervention à l'aide de procédés mécaniques, de nourrir l'économie afin de donner des forces, et de la consistance aux tissus, dans l'espoir, justifié d'ailleurs, que

l'utérus y participerait en reprenant sa forme et sa position normales qu'il conserverait, après être resté en repos pendant un temps convenable et avoir suivi ce traitement assez longtemps.

V. — Corps étranger du vagin enlevé au bout de quatre ans,
par Charles Coster.

L'auteur rapporte un cas qu'il a observé chez une jeune fille qui, atteinte d'un écoulement leucorrhéique, voulut en arrêter le flux en s'introduisant une baleine dans le vagin. On ne découvrit ce corps étranger que par hasard en pratiquant le toucher et alors, on se mit en mesure de l'extraire. Il s'était formé tout autour un tissu induré qu'on fut obligé de sectionner pour pouvoir enlever la baleine. Au bout de quelque temps la malade devint enceinte et pendant le travail la tête vint butter contre l'anneau cicatriciel qui existait dans le vagin qui paraissait devoir éclater; on sectionna ce tissu induré et le travail put se terminer favorablement. Un second accouchement eut lieu ensuite tout à fait normalement.

VI. — Corps étranger du vagin, perforation de la paroi postérieure de la vessie, guérison de la fistule.

Dans cette observation le corps étranger était un bouchon de bouteille en étain qui avait perforé la paroi postérieure de la vessie ce qui donnait lieu à un écoulement d'urine par le vagin. Ce bouchon s'était recouvert de dépôts phosphatiques qui donnaient au toucher une sensation d'inégalité, et tout autour de lui il s'était formé un tissu induré. Cet état existait depuis deux ans. On commença par enlever le corps étranger qu'on avait été obligé de réduire en morceaux. Il restait alors la fistule vésico-vaginale qui donnait toujours lieu à un écoulement d'urine par le vagin, on opéra cette fistule et la malade guérit parfaitement.

VII. — Sur un galactagogue de la Jamaïque, par Anderson.

L'auteur raconte de la façon suivante comment il a été amené à reconnaître les propriétés galactagogues d'une plante de la Jamaïque. Il avait fait l'opération césarienne chez une négresse qui survécut, mais qui fut atteinte de péritonite; la guérison fut effectuée au bout de quarante-six jours. Pendant tout ce temps l'enfant était élevé au biberon, et, en quittant la mère, le Dr Anderson était bien convaincu

que l'enfant continuerait ce genre d'alimentation qu'on avait été contraint d'adopter, quand, entrant un jour par hasard chez cette négresse, il fut tout étonné de la voir allaiter son enfant. Elle lui raconta que les femmes de son pays avaient l'habitude de prendre une infusion appelée « thé de feuilles de coton », afin de leur donner du lait quand elles en manquaient. L'auteur mit à profit cette observation et pendant six ans il employa cette infusion chez toutes ses malades qui manquaient de lait et les résultats de cette pratique l'ont convaincu que les propriétés galactagogues de cette infusion étaient de toute évidence.

On obtient cette préparation en faisant infuser les feuilles d'un arbrisseau appelé *Gossypium barbadense.* La dose est de 6 ou 8 feuilles pour une tasse d'infusion, et selon les effets produits, on en donne 4 tasses ou davantage dans les vingt-quatre heures. Il y a des malades qui en boivent 2 ou 3 litres par jour. Le goût n'en est pas désagréable et beaucoup de personnes en prennent avec du lait et du sucre, comme si c'était du thé noir.

On trouvera, en outre de ces travaux, des mémoires d'un intérêt capital, ainsi qu'on pourra en juger d'après les titres que nous en donnons:

Anomalie de l'utérus simulant une rétention menstruelle, par BRAXTON HICKS.

Absence du vagin ; distension de l'utérus par le fluide menstruel ; opération; guérison, par Charles COSTER.

Chorée pendant la grossesse, traitée avec succès par la dilatation du col, par W. WADE.

De la rotation dans l'emploi du forceps, par STEPHENSON.

On trouve en outre un assez grand nombre de cas de grossesses intra-utérines. C'est ainsi qu'on en compte six observations dont les résultats ont été très favorables (quatre guérisons).

Enfin les monstres de toute nature qui ont été présentés à la Société par MM. Culver James, H. Hilliard, Jarrow, G. Eve, James Murphy.

Paul RODET.

REVUE DES JOURNAUX

Bassin rachitique cypho-scoliotique ; présentation du sommet ; palper très favorable ; application du forceps Tarnier ; enfant vivant ; femme guérie, par Vanden Bosch. (Extrait du *Bull. de l'Acad. roy. de Méd. de Belgique*, 3e série, t. XV, n° 6). — M. Vanden Bosch nous rapporte l'histoire d'une femme de 29 ans, profondément rachitique, qui s'est présentée à la Clinique pour accoucher. La colonne vertébrale présentait une cyphose assez considérable à la partie inférieure de la région dorsale et supérieure de la région lombaire. A cette déformation s'ajoutait une scoliose, à convexité dirigée à gauche. Le bassin était fortement modifié, le promontoire était cependant difficile à atteindre ; il était situé un peu à gauche de la ligne médiane. Par la mensuration digitale et par la pelvimétrie externe on constatait que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur avait une étendue de 9 centimètres environ, et le diamètre bi-ischiotique 7 centimètres. Le rétrécissement siégeait donc surtout au détroit inférieur.

L'abdomen offrait un aspect particulier; il était globuleux, fortement projeté en avant, et les parois très minces étaient sillonnées de veines nombreuses. Cette minceur des parois permit de constater, avec grande facilité, non-seulement la position du fœtus mais encore d'en reconnaître toutes les particularités. On put même reconnaître à une certaine mollesse limitée à un point et persistant pendant la contraction utérine, le point d'insertion du placenta. Le toucher fit voir qu'on avait affaire à une P. S. 1re P. O. T. inclinée.

Le travail marche d'abord lentement, puis à un moment donné s'arrêta ; lorsque la dilatation fut complète, les membranes furent rompues pendant le toucher et la tête s'engagea rapidement dans l'excavation en O. T. La tête descendit un peu, puis resta fixée dans le bas de l'excavation. Au bout de trois heures et demie, la tête n'ayant pas bougé et le fœtus souffrant visiblement, on décida d'appliquer le forceps Tarnier. L'application fut facile et il suffit de quelques bonnes tractions pour extraire la tête. On obtint un garçon vivant, pesant 3,000 grammes. Les suites de couches furent normales.

Cette observation présente quelques points intéressants :

1° Le palper fut si facile, que M. Wasseige put sentir les apophyses épineuses des vertèbres du fœtus ;

2° Malgré la déformation considérable du bassin, l'accouchement fut relativement facile ;

3° M. Vanden Bosch montre, par l'étude des diamètres, qu'il a mesuré avec beaucoup de soin, qu'il a eu affaire à un bassin rachitique cypho-scoliotique. C'est là une espèce de déformation rare.

Au point de vue du pronostic de ce genre de rétrécissement, la facilité relative de l'accouchement prouve que l'on peut compter beaucoup sur la mobilité des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne, cette dernière est plus mobile que d'ordinaire, parce que les extrémités supérieures des branches horizontales se sont éloignées l'une de l'autre pour favoriser l'élargissement du diamètre bi-ischiatique dont le rétrécissement produit la dystocie.

VARIÉTÉS

Quelques modifications au spéculum Cusco ; par le Dr AUVARD, interne des hôpitaux. — Les modifications apportées au spéculum Cusco, sont les suivantes :

L'extrémité des valves a été aplatie de manière à faciliter l'introduction des topiques, surtout celle des tampons qui, sur cette surface unie glissent sans difficulté, de manière aussi, à éviter le pincement du col utérin, qui amène souvent la forme de l'extrémité des valves du Cusco ordinaire.

Un manche volumineux en bois a été adapté à l'une des valves, tandis que le manche de l'autre valve a été réduit à de très petites dimensions. Grâce à cette nouvelle disposition l'instrument est tenu comme un pistolet, et son maniement devient plus commode que celui de Cusco.

Pour appliquer le spéculum dans la position anglaise ou décubitus latéral gauche, il fallait réduire l'angle formé par les valves avec le manche. Car, pour déprimer facilement le périnée, ce qui est très important dans cette position, il faut autant que possible un manche fixe à angle aigu sur la valve fixe. — Cette dernière modification a été obtenue en rendant le manche mobile ; il peut subir un mouvement de vielle, et immobilisé dans deux positions entrevues, indiquées dans les deux figures : le premier en A à angle obtus, tel qu'il doit-être fixé pour être appliqué dans la position dorsale de la femme,

le deuxième en B à angle aigu, tel qu'il doit-être fixé pour être appliqué dans la position latérale gauche.

Le spéculum, étant ainsi construit il suffisait de rendre la valve supérieure mobile pour avoir tour à tour un spéculum univalve ou bivalve. Cette mobilité a été obtenue en tenant deux pitons à la valve supérieure, qui viennent s'articuler d'un côté avec un tissu, de l'autre avec une échancrure de la valve inférieure. Par ce moyen, l'articulation est très solide, et la désarticulation se fait avec beaucoup de facilité.

Pour les autres détails de l'instrument les deux figures ci-jointes les expliqueront suffisamment :

La première figure montre le spéculum avec le manche dans la position à angle obtus, prêt à être introduit, quand la femme est couchée sur le dos :



Fig. I.

Dans la seconde figure, le spéculum est dépourvu de la valve supérieure, et le manche est fixe à angle obtus. — Qu'il soit ou non pourvu de son autre valve, c'est là, la position qu'on doit donner au manche quand la femme est examinée sur le côté, à la méthode anglaise.

Le manche peut être détaché complètement et glissé entre les deux valves. — Ainsi disposé le spéculum occupe un faible volume et devient très aisément portatif.

En résumé, cet instrument présente les avantages suivants :

1° Comme spéculum univalve, il est aussi commode que celui de Sims, peut être moins préférable, à cause de l'angle aigu que forme la valve avec le manche et qui permet de déprimer plus aisément le périnée ;

2° Comme bivalve, les avantages qu'il présente sur le Cusco sont : l'aplatissement de l'extrémité des valves, l'adaptation d'un manche volumineux qui rend son maniement plus aisé;

3° C'est le seul spéculum, jusqu'à présent, qui puisse à volonté être univalve ou bivalve;

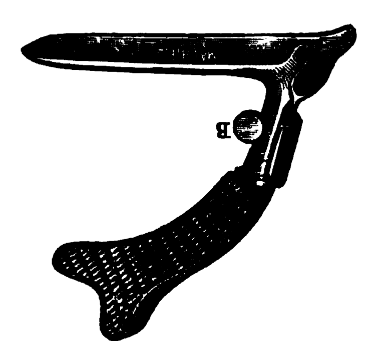


Fig. 11.

4° C'est aussi le seul spéculum qui permette à la fois d'examiner facilement et complètement la femme dans les trois positions dorsale, latérale et genu-pectorale;

5° Enfin, ce spéculum, sauf certains cas spéciaux qu'on peut presque limiter aux cautérisations du col par le fer rouge, répond à tous les besoins de la gynécologie, et permet de faire toutes les variétés d'opérations et d'examens qu'on a à pratiquer par la voie vaginale sur les organes génito-urinaires de la femme. (*Bulletin général de thérapeutique*, du 30 novembre 1881).

Concours. — L'Administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire), prévient que le lundi 12 juin 1882, un concours public pour une place de chirurgien sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce concours aura lieu devant le Conseil d'administration assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

Le chirurgien nommé à la suite de ce concours entrera en exercice le 1er juillet 1882. Son traitement sera de 1,500 francs par an.

S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoîte, n° 40.

Le gérant : A. Leblond.

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT.
A. DAVY, Success^r, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR QUELQUES ACCIDENTS
CONSÉCUTIFS A L'OVARIOTOMIE
(*Pleurésie par propagation ; embolie pulmonaire*)

Par le Dr Polaillon
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de la Pitié.

Les succès de l'ovariotomie sont devenus si nombreux qu'il est superflu de faire connaître les opérations simples, qui ont suivi une marche normale et amené une guérison sans encombre. Il est bien plus intéressant pour la science de faire connaître les cas irréguliers, difficiles au point de vue du diagnostic et de l'exécution opératoire, compliqués par des accidents graves et imprévus. C'est à ce titre que je publie les deux

observations suivantes. Dans la première, l'opérée, après avoir été en butte à des complications diverses, a fini par succomber à une pleurésie aiguë propagée du péritoine à la plèvre à travers le diaphragme. Dans la seconde la mort a été produite par une embolie pulmonaire. Il me paraît important, pour le pronostic et le traitement des suites de l'ovariotomie, de signaler ces deux accidents qui, jusqu'à présent, n'avaient pas attiré l'attention des chirurgiens.

OBSERVATION I. — *Ovariotomie; abcès au niveau du pédicule; fistule stercorale; péritonite subaiguë; pleurésie gauche par propagation; mort.*

La nommée B..., âgée de 33 ans, exerçant la profession de couturière, entre le 20 mars 1878, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gombault, salle Notre-Dame, lit 38.

Il n'y a aucun antécédent morbide dans sa famille. Aucune de ses parentes ne paraît avoir eu de kyste de l'ovaire.

Depuis l'âge de 13 ans, elle a été réglée régulièrement. Elle a eu deux enfants, l'un à 21 ans, l'autre à 23 ans.

Il y a sept ans, à la suite d'une époque menstruelle, troublée par une vive frayeur, des pertes utérines se sont produites et ont duré pendant six semaines. Depuis lors, les menstrues sont redevenues régulières.

Au mois de mai dernier, la malade remarqua que son ventre augmentait de volume. Il était un peu douloureux du côté gauche, et dans ce point elle sentait une tumeur qui roulait sous la peau. Depuis cette époque l'accroissement du ventre fit des progrès constants.

Le 18 août, le Dr Legrand, de Grenelle, fit une ponction à gauche et retira 11 litres d'un liquide transparent et un peu verdâtre. Le ventre recommença immédiatement à grossir, et le 30 octobre, M. Legrand fit une nouvelle ponction à gauche et retira encore 11 litres d'un liquide qui présentait les mêmes qualités que précédemment. Après cette seconde ponction, l'augmentation de volume du ventre fut moins rapide.

Etat actuel. — La malade présente un type de ce que l'on a appelé le *facies ovarique*. Elle est très amaigrie. Le ventre à la forme d'un ovoïde dont la partie supérieure se confondrait avec le thorax. Les veines sous-cutanées de l'abdomen sont développées. Un ruban

étendu transversalement d'une épine iliaque antéro-supérieure à celle du côté opposé, mesure 62 centimètres. La fluctuation est très évidente et se transmet sans retard dans tous les sens. Le ventre est mat dans tous ses points, excepté au niveau de la région épigastrique. Quand on fait coucher la malade alternativement sur l'un ou l'autre côté, on trouve une demi-sonorité sur le côté opposé, c'est-à-dire dans les points élevés du ventre. Il n'y a jamais eu d'œdème des membres inférieurs. Il n'y a jamais eu non plus de phénomènes de péritonite. Le toucher vaginal apprend que l'utérus est un peu abaissé et peu mobile; mais les culs-de-sac paraissent libres.

L'état général est assez bon. L'appétit est conservé et les fonctions digestives se font bien. Les règles sont normales. Aucune dyspnée. Cependant la malade tousse un peu depuis une dizaine de jours. A l'auscultation on trouve quelques râles de bronchite, surtout à gauche.

Le diagnostic fut hésitant entre une ascite symptomatique d'une tumeur de l'ovaire et un kyste uniloculaire très volumineux et refoulant les intestins sous le diaphragme. Les signes de la percussion tendaient à faire admettre plutôt la première opinion.

La malade étant parfaitement décidée à subir une intervention chirurgicale, mon collègue, M. Gombault, voulut bien me l'adresser pour faire l'ovariotomie.

Opération le 30 mars 1878 à l'Hôpital Temporaire. — MM. les Drs Gombault et Commenge assistent à l'opération. M. le Dr Horteloup me sert d'aide, ainsi que les internes de la Pitié, MM. Vermeil, Chevallereau, Gaucher et Clément.

La malade, placée sur le lit spécial de M. Mariaud, est chloroformée.

Les précautions de la méthode de Lister sont prises : spray, lavage des instruments, des mains et de l'abdomen avec l'eau phéniquée au 20e.

Incision sur la ligne médiane partant du pubis et remontant à 12 centimètres. Arrivé sur le péritoine, qui est très épais, plusieurs personnes pensent qu'il s'agit de la paroi d'un kyste. Je ponctionne avec le gros trocart La membrane ponctionnée se déchire autour de l'instrument, et il s'échappe par le trocart et par la déchirure une grande quantité de liquide citrin, analogue à de l'urine. En très peu de temps le ventre se vide en grande partie du liquide qu'il contenait. Je retire le trocart.

A travers l'ouverture faite par le trocart et agrandie par la déchi-

rure, j'aperçois à la partie supérieure une anse intestinale nag dans le liquide abdominal. Il est donc bien évident que je suis d la cavité péritonéale et que le liquide évacué est du liquide ascit

Le péritoine est alors incisé dans la même étendue que la pea les tissus sous-jacents. Au niveau de l'ouverture viennent se p senter deux masses, bosselées, dures, adhérentes l'une à l'a grosses chacune comme le poing et développés dans le ligam large gauche.

J'attire avec précaution cette tumeur hors de l'abdomen, car tient par un pédicule qui me paraît très friable. Je traverse ce p cule avec une broche de fer. Au-dessus d'elle je serre un fil de avec le serre-nœud de Cintrat, et au-dessous d'elle je place une l ture en fil de soie pour mieux me mettre à l'abri d'une hémorrha puis je détache la masse morbide un peu au-dessus du fil de fer.

La patiente avait perdu très peu de sang. La toilette du périt fut rapidement faite. Le petit bassin exploré avec la main prése une surface lisse qui n'offrait rien de suspect.

Trois épingles à tête de verre rapprochent les deux lèvres d paroi abdominale, de manière à adosser largement les surfaces p tonéales ; l'une est placée au milieu de l'incision, l'autre à sa par supérieure, la troisième à sa partie inférieure au-dessous de la bro et du fil de fer qui maintenait le pédicule fixé entre les lèvres d plaie. Avant de passer les fils sous les extrémités des épingles p affronter les lèvres de l'incision, nous nous assurons que tout bien en place du côté de l'intestin. Celui-ci est bien réduit, et je gnale en particulier, *qu'aucune anse intestinale n'est pincée soit entr lèvres de la plaie, soit entre les épingles et la paroi abdominale*. Quelq sutures superficielles en fil d'argent complètent la réunion.

Pansement : Une large couche de ouate est collée sur le ven avec du collodion.

L'opération a duré une heure environ depuis le commencement la chloroformisation jusqu'à la fin du pansement.

Suites de l'opération. — Le 30 mars, 5 h. et demie, soir. — Ap l'opération, la malade a ressenti de vives douleurs dans le ventre. lui administre 1 centigramme d'opium, qui procure un som tranquille pendant deux heures et demie. Éructations gazeuses ; de gaz par l'anus. Trois mictions spontanées. P. 86, Temp. Resp. 24. Champagne glacé.

Le 31, matin. — Nuit calme, mais sans sommeil. Douleurs vi

ns le ventre. Deux vomissements d'une gorgée de matière verte. Miction spontanée. P. 100, T. 37,7. Quelques cuillerées de lait upé.

Soir. — Pouls, 96, T. 38,7, Resp. 26.

1er avril, matin. — La nuit a été bonne, grâce à une injection d'un ›mi-centigramme de chlorhydrate de morphine faite hier au soir. ›s douleurs de ventre ont cessé. Absence de gaz par l'anus. Quelles renvois, mais pas d'envie de vomir. P. 88, T. 37, Resp. 21.

Soir. -- P. 88, T. 38,2, Resp. 28. Bouillon, lait coupé, champagne.

2 avril, matin. — Coliques, borborygmes, expulsion de gaz par anus. Bon sommeil pendant la nuit. P. 80, T. 37,4.

Soir. — P. 96, T. 38,2. Ablation de l'épingle inférieure. Le ventre st un peu ballonné à sa partie supérieure. Expulsion de gaz par anus facilitée par l'introduction d'une sonde rectale. Potages.

Le 3, matin. — Pouls 88, T. 37,6.

Le 4. — Etat satisfaisant. Ablation de l'épingle supérieure.

Le 6. — 1er pansement : La ouate collodionnée est enlevée. Ablaion de la troisième épingle (celle du milieu) et de deux fils de la uture superficielle. La réunion immédiate de l'incision est faite, excepté au niveau du pédicule. Le ventre est un peu ballonné. T. 38,5.

La journée est assez mauvaise. La malade accuse des douleurs ives dans le ventre. Vers 3 heures, elle a un frisson léger.

Le 7, matin. — La face est pâle et altérée. La malade se plaint l'une douleur fixe au niveau du bas-ventre, vers le pédicule. Elle ›ense que ses intestins se nouent. Elle n'a pu uriner seule. Elle expulse des gaz par l'anus à l'aide de la sonde rectale.

Je trouve au niveau du pédicule un *gros abcès*, qui donne issue à un ›us louable mêlé à des gaz fétides. Je fais une injection dans e foyer avec de l'eau phéniquée au 20e ; P. 84, T. 36,8, Resp. 30.

Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

Le 8. — La journée d'hier et la nuit ont été meilleures. Miction spontanée.

Le fil de fer du pédicule est enlevé. La broche et le fil de soie du pédicule tiennent encore.

Injection phéniquée dans le foyer. Le liquide à injection ressort par l'orifice d'entrée de l'épingle supérieure, ce qui prouve qu'en arrière de la paroi abdominale réunie il y a un vaste foyer purulent, limité en avant par la paroi abdominale, en arrière par les intestins agglutinés. P. 80, T. 37.

Le 9. — L'état général est assez bon, mais en changeant le pansement je vois des *matières stercorales sortir en grande abondance par l'orifice de l'abcès.* La malade n'avait pas encore été à la garde-robe. Cataplasmes de farine de graine de lin sur le ventre. Vers 4 heures de l'après-midi, après un lavement, elle rend une selle abondante de matières dures et moulées. P. 84, T. 36,6.

Le 10. — La malade se sent très bien ; l'appétit est bon ; les cataplasmes ont produit un effet sédatif très heureux que la malade apprécie largement. Mais les cataplasmes sont souillés par les matières stercorales qui sortent par la fistule.

La paroi du ventre présente une induration phlegmoneuse qui s'étend à toute sa partie inférieure droite.

Le 11. — A la suite d'une purgation légère avec l'huile de ricin, douleurs de ventre et évacuations abondantes par la fistule et par l'anus Le phlegmon abdominal s'est étendu. L'état moral est moins bon ; la physionomie est altérée ; la malade n'a pu manger. P. 102, T. 36,9.

Les jours suivants, état stationnaire.

Le 15. — Le phlegmon se propage du côté du péritoine. En effet, le ballonnement a augmenté; les douleurs du ventre sont vives et la parésie intestinale rend les évacuations rares et peu abondantes. Le membre inférieur droit est œdématié. P. 112, T. 38,1, Resp. 46.

Une petite purgation à l'huile de ricin provoque l'expulsion d'un bol fécal très dur, qui produit de vives douleurs à l'anus, et d'une grande quantité de matières presque liquides. L'issue des matières par la fistule a été très peu abondante.

Le 16. — P. 118, T. 37,6, Resp. 40. Le ventre est moins ballonné.

Le 17. — Pouls 104, T. 38. Les cataplasmes ne sont plus souillés par les matières fécales. Mais le ventre est œdématié, dur, ballonné, douloureux.

Le 18. — P. 104, T. 38,5. Les matières ne sortent plus par la fistule. Frictions d'onguent mercuriel belladoné sur le ventre.

Le 19. — Epanchement pleurétique à gauche. Respiration très fréquente.

Le 20. — Affaiblissement ; tendance à la syncope; sueurs profuses; une garde-robe naturelle. P. 120, T. 36,8.

Le 21. — L'œdème s'étend à la poitrine. Affaiblissement alarmant. Grande dyspnée. Les matières fécales se remettent à couler par la fistule.

Le 22. — Agitation. Respiration très fréquente. De temps en temps accès de suffocation. Un peu de délire. Refroidissement de la peau. Pouls à 124.

Le 23. — L'état est encore plus grave. La respiration est anxieuse, saccadée. Les veines du cou sont très gonflées, comme s'il y avait gêne dans la circulation. L'auscultation du cœur n'indique rien d'anormal; le cœur est seulement refoulé à droite. Mort dans la journée.

Autopsie le 24 avril.

La cavité abdominale contient une assez grande quantité de liquide séro-purulent. Les anses intestinales sont accolées par des adhérences et circonscrivent complètement un foyer purulent, qui est situé derrière la cicatrice de l'incision. Celui-ci communique avec l'extérieur par trois orifices fistuleux. A la partie inférieure une anse intestinale, qui appartient à l'S iliaque, est perforée. Cette perforation parait avoir été produite par une ulcération. C'est elle qui donnait issue aux matières fécales.

Dans le petit bassin, on trouve une tumeur colloïde, grosse comme une orange, paraissant s'être développée secondairement depuis l'opération. Elle siège au voisinage de la veine iliaque droite qu'elle comprime.

L'utérus et le ligament large droit sont sains.

La plèvre gauche est complètement remplie par un épanchement séreux très abondant. Le poumon est refoulé vers son hile, absolument carnifié et vide d'air. La plèvre pariétale est recouverte de néomembranes de formation récente.

Adhérences dans la plèvre droite sans épanchement.

Le cœur et le péricarde sont sains.

On peut résumer cette observation en quelques traits :

Tout avait suivi une marche normale et favorable jusqu'au septième jour après l'ovariotomie, et l'incision s'était réunie par première intention sauf au niveau du pédicule. Ce jour-là, on voit survenir du malaise et des frissons. Le lendemain un abcès s'est formé en arrière de la cicatrice. L'issue d'un pus fétide précède d'un jour l'irruption des matières fécales. Un anus contre nature s'établit ; cependant il n'y a pas d'occlusion intestinale, puisque des émissions de gaz et de garde-robes se

font par les voies naturelles. Autour de l'anus contre nature se forme un phlegmon qui gagne en superficie et en profondeur. Le seizième jour une péritonite subaiguë existe. Bientôt la respiration présente une fréquence et une difficulté insolites. Une pleurésie se déclare à gauche. Elle devient le phénomène morbide prédominant, gêne le jeu du cœur et produit la mort vingt-quatre jours après l'opération.

Il y a lieu de se demander si, au lieu de fixer le pédicule à la paroi, on l'eût abandonné dans le ventre après l'avoir lié avec un fil de catgut, on n'aurait pas évité tous ces accidents. Je suis porté à le croire, mais, il y a quatre ans, on n'était pas encore fixé sur les immenses avantages de la ligature perdue du pédicule. Actuellement j'ai adopté cette pratique dans presque toutes mes ovariotomies.

Dans ce cas particulier, il me paraît possible d'accuser le pédicule d'avoir produit une inflammation suppurative à son niveau. Consécutivement une anse intestinale en contact avec le pus s'est enflammée et perforée.

L'anus contre nature aurait pu se guérir; mais le péritoine s'enflamme, et l'inflammation se propage rapidement à travers le diaphragme, de manière à produire une pleurésie aiguë qui emporte la malade.

La propagation de l'inflammation du péritoine à la plèvre est un accident qui a été signalé dans la péritonite puerpérale par M. Laroyenne. Cette propagation peut aussi avoir lieu, lorsque le péritoine s'enflamme à la suite d'une ovariotomie ou d'une opération analogue. Le praticien doit être prévenu de cette complication, afin de la prévoir et de la combattre.

OBSERVATION II. — *Incision exploratrice pour une tumeur de l'abdomen; guérison en douze jours; embolie pulmonaire; mort brusque.*

La nommée Blanc..., couturière, âgée de 37 ans, entre à la Pitié le 15 février 1879, salle Sainte-Eugénie, n° 26, dans le service de mon honorable collègue, le Dr Dumontpallier.

Antécédents. — Mme B... n'a eu qu'un enfant à terme, il y a seize ans. Pas de suites de couches fâcheuses. Jamais de fausse-couche. Le ventre a commencé à grossir il y a quatre ans, mais c'est surtout depuis quatre mois que son volume va en progressant, et que la malade a ressenti des pesanteurs, des douleurs et des tiraillements dans les reins. La marche était fatiguante, et les longues courses étaient devenues impossibles.

Trois ponctions furent faites par M. Dumontpallier: une première, sur la ligne médiane, qui donna issue à environ 1,800 grammes d'un liquide sanguinolent, très fluide, non visqueux. Huit jours après, une seconde ponction fut faite, non plus sur la ligne médiane, mais dans la fosse iliaque gauche, dans le but de tomber sur une autre poche d'un kyste multiloculaire et d'obtenir un liquide différent; mais le liquide obtenu fut absolument semblable à celui de la première ponction. Ce liquide fut examiné par M. Malassez, qui constata que sa teinte rouge brun était due à de nombreux globules sanguins. Le dépôt qui se formait au fond du verre à expérience était constitué par des globules sanguins intacts et déformés, par quelques globules blancs et par des cellules d'épithélium pavimenteux et cylindrique. M. Malassez pensa que ces éléments s'étaient probablement détachés de la face interne d'un kyste, et que si le liquide en question n'appartenait pas à un kyste, il ne pouvait être fourni que par les néo-membranes vascularisées d'une péritonite chronique. Tous ces renseignements étaient fort précieux pour le diagnostic. Enfin, une troisième ponction dans la fosse iliaque gauche donna issue à un liquide analogue à celui des deux premières ponctions.

D'ailleurs, aucun trouble fonctionnel notable; aucune manifestation diathésique; jamais de maladies antérieures; jamais de péritonite.

Etat actuel. — Le ventre a le volume d'une grossesse à terme et une forme saillante en avant. Uue tumeur, très nettement fluctuante, paraît occuper une grande partie de sa cavité, et s'étendre plus loin du côté gauche que du côté droit. En examinant avec soin les régions sonores et les régions mates, nous trouvons de la matité dans la moitié gauche du ventre, depuis la fosse iliaque jusque vers les fausses côtes et de la sonorité en arrière et en bas dans les parties déclives. Dans la moitié droite du ventre, il y a aussi de la matité au voisinage de la ligne médiane, mais la région sonore du flanc droit est beaucoup plus considérable. En faisant changer d'attitude à la

malade, en plaçant, par exemple, le siège dans une position élevée, tandis que la poitrine est dans une position déclive, la matité ne se déplace pas, et la sonorité ne se montre pas dans les points qui étaient mats d'abord.

Indépendamment des trois ponctions précédentes, je fis une quatrième ponction deux jours avant l'opération. Elle donna un liquide brun verdâtre, non visqueux, contenant des paillettes de cholestérine. Ce liquide était absolument semblable à celui que renferment certains kystes de l'ovaire dans lesquels du sang s'est épanché.

En pratiquant le toucher vaginal je trouve dans le cul-de-sac postérieur des nodosités grosses comme des noyaux de cerises ou des noisettes, qui se déplacent sous la pression du doigt.

Le diagnostic nous paraît difficile, à M. Dumontpallier et à moi. Aussi nous y apportons une grande attention. La nature du liquide, qui n'est pas celle du liquide ascitique, les signes fournis par la percussion, la présence de corps solides et mobiles dans le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal, nous font pencher vers l'idée d'un kyste de l'ovaire, avec une paroi mince, probablement adhérente, et présentant à sa base plusieurs petites tumeurs surajoutées. Mais la difficulté de bien limiter les contours du kyste nous laisse quelques doutes, et nous faisons des réserves sur la possibilité d'une hydropisie enkystée du péritoine avec des tumeurs ovariennes.

Comme le liquide se reproduit rapidement après les ponctions, comme la malade souffre et ne peut pas gagner sa vie, comme d'ailleurs l'état général est très bon, nous proposons l'ovariotomie, qui est acceptée avec empressement.

Opération le 8 juin 1879, dans une chambre isolée du service de M. Dumontpallier, à l'hôpital de la Pitié, et avec l'aide de mon excellent collègue.

Chloroformisation. Spray. Précautions antiseptiques.

Je procède avec une grande circonspection, en raison des surprises qu'un diagnostic difficile peut me réserver. Je me propose même de ne faire qu'une incision exploratrice selon les circonstances.

La peau est incisée sur la ligne médiane, dans l'étendue de 8 centimètres seulement. Arrivé sur le péritoine, nous apercevons, à travers sa transparence, un liquide brunâtre semblable à celui qui a été retiré par les ponctions. Une étroite incision évacue une partie de ce liquide et permet l'introduction du doigt qui ne tarde pas à sentir des anses intestinales. Ce n'est donc pas à une cavité kystique, mais

à une cavité ascitique enkystée que nous avons affaire. Plongeant alors le doigt vers le petit bassin, je rencontre une quantité de végétations polypiformes implantées sur le ligament large gauche, sur l'utérus et dans le cul-de-sac recto-vaginal. Je détache avec le doigt quelques-unes de ces productions morbides. Mais je reconnais bientôt qu'il serait impossible de les enlever toutes, que cette ablation produirait un écoulement de sang difficile à arrêter, et dont l'accumulation dans le petit bassin exposerait à de graves accidents. Or, ne voulant pas aggraver l'intervention chirurgicale d'une part, d'une autre part jugeant qu'il ne serait pas utile d'enlever partiellement ces productions, probablement cancéreuses, je borne l'opération à l'incision exploratrice.

Deux points de suture profonde, trois points de suture superficielle avec fil d'argent sont placés.

Pansement de Lister sur la plaie, recouvert d'une épaisse couche de ouate et d'une pièce en flanelle modérément serrée autour de l'abdomen.

L'opération a duré à peine vingt minutes.

Le 7 juin, soir. — Après l'opération, la patiente n'a pas souffert et n'a pas eu envie de vomir. Quelques cuillerées de bouillon ont été bien supportées. Cathétérisme de la vessie. P. 88, T. 37,8.

Une pilule de 25 milligrammes d'extrait thébaïque.

Le 8, matin. — Nuit très bonne. Sommeil pendant quatre heures. La physionomie est naturelle. La malade se sent très bien. Cathétérisme de la vessie. P. 86, T. 37,6.

Bouillon, lait, citronnade avec eau de Selts.

Le soir. — P. 84, T. 37,8.

Le 9. — On donne des potages, du bouillon avec un jaune d'œuf, du lait. Emission de gaz par l'anus, mais la malade ne peut encore uriner sans être sondée.

Le matin. — P. 82, T. 37,4.

Le soir. — P. 90. T. 37,6.

Le 11. — Miction spontanée. Alimentation substantielle. P. 80, T. 37,3.

Le 12. — Premier pansement. Les deux sutures profondes sont enlevées; la réunion est parfaite. P. 90, T. 37,2.

Dans la journée, une garde-robe naturelle.

Le 13. — Sommeil profond et calme pendant toute la nuit. Appétit excellent. P. 80, T. 36,8.

Le 14. — Pansement de Lister renouvelé. Tous les fils de la suture superficielle sont enlevés. P. 80, T. 36,6.

Les jours suivants les forces reviennent rapidement.

Le 19. — On asseoit la malade dans un fauteuil pendant vingt minutes, pour faire son lit.

Le 20. — P. 86, T. 36,7. Vers 3 heures de l'après-midi, la malade se lève et fait quelques pas pour s'asseoir dans un fauteuil. Elle était à peine assise, et l'infirmière lui plaçait un coussin derrière le dos, lorsqu'elle se plaignit d'un obscurcissement soudain de la vue, s'affaissa sur elle-même et perdit connaissance. Sa peau prit une teinte bleuâtre. On la transporta sur son lit et on appela l'interne de garde qui ne put que constater la mort.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort, en présence de M. Dumontpallier.

Sigillations cadavériques sur différents points du tronc et des membres.

La face tuméfiée présente une teinte bleuâtre. Les lèvres et les paupières sont boursouflées, d'une coulour violet foncé, comme dans l'*asphyxie bleue*. Les pupilles sont médiocrement dilatées.

Abdomen. La cavité péritonéale contient du liquide ascitique, brunâtre dont la quantité peut être évaluée à 1 litre et demi. Le péritoine est recouvert, de place en place, d'une couche de pigment noir, analogue au pigment choroïdien, et qui s'enlève avec le doigt.

L'épiploon est adhérent en bas avec le ligament large droit et l'utérus.

Les intestins, moyennement distendus par des gaz, sont sains et exempts d'adhérences.

Petit bassin. L'utérus est sain, un peu volumineux, comme à l'approche des règles, et sa cavité contient des mucosités sanguinolentes.

Dans le ligament large droit, on distingue la trompe, volumineuse comme un crayon, flexueuse, se terminant dans des adhérences anciennes qui comprennent le pavillon qu'on ne peut plus distinguer. L'ovaire est au-dessous de la trompe, entouré d'adhérences péritonéales anciennes, mais il paraît sain.

Le *ligament large gauche* contient une tumeur et présente des adhérences multiples avec la paroi du petit bassin. Après avoir déchiré et sectionné ces adhérences, on enlève la tumeur ainsi que l'utérus, le cul-de-sac utéro-rectal et le rectum.

La *tumeur* est développée aux dépens de l'ovaire gauche qu'on ne

peut plus retrouver. Elle est formée par un kyste à trois loges, gros comme une orange. L'un de ces kystes contient une sérosité brunâtre, l'autre une matière glaireuse, filante, jaunâtre, comme le mucus puriforme des fosses nasales. Cette dernière poche présente des végétations à sa face interne.

Mais la particularité la plus importante de cette tumeur consiste dans des végétations ayant la forme de choux-fleurs, qui recouvrent presque toute la surface externe du kyste. Des végétations analogues sont appendues par un pédicule plus ou moins volumineux sur la face postérieure du ligament large droit, sur la face antérieure du rectum près du cul-de-sac recto-utérin et dans divers points du petit bassin.

Ces végétations affectent sur le rectum une consistance plus ferme, et une couleur blanche, comme si elles étaient infiltrées de graisse.

La tumeur ovarienne en elle-même et les végétations qu'elle supportait, auraient pu être enlevées à la rigueur, mais avec de grandes difficultés. On aurait pu aussi détacher quelques végétations implantées sur les parties voisines. Mais les végétations de la face antérieure du rectum étaient situées trop bas et étaient trop adhérentes pour qu'on eût pu les extraire.

La cicatrice de l'incision abdominale est complète. Sur la face cutanée on ne voit plus qu'une trace linéaire. Sur la face péritonéale on rencontre un épaississement du péritoine qui est plus vasculaire qu'ailleurs; mais il est impossible de trouver là la trace de l'incision du péritoine.

Le *foie* est volumineux ; il présente une plaque laiteuse.

La cause prochaine de la mort ne réside certainement pas dans les organes de la cavité abdominale, ni dans la tumeur elle-même, ni dans l'opération dont l'incision était absolument cicatrisée et qui n'avait produit aucun accident.

Cœur. L'oreillette droite contient du sang poisseux, noirâtre et pas de caillot. Le ventricule droit, dont les parois sont flasques, contient une petite quantité de sang liquide et quelques caillots rouges fragmentés. Dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire, on constate des fragments de caillots de la même nature Ils ont la grosseur d'une plume d'oie ou d'un crayon ordinaire Dans les branches de l'artère pulmonaire, ces mêmes caillots oblitèrent le calibre des vaisseaux.

Les *poumons* sont rouges, violacés et ne reviennent pas sur eux-mêmes. A la coupe, il s'écoule une assez grande quantité de sang.

Dans certains points, on trouve des noyaux durs, gros comme des noisettes, d'une teinte rouge très foncée. Ce sont des infarctus pulmonaires.

La cause de la mort brusque est donc *une embolie de l'artère pulmonaire.*

Mais d'où viennent ces embolies? Nous examinons les veines et nous trouvons qu'elles ne renferment pas de caillots, à l'*exception de la veine hypogastrique gauche* au voisinage de l'abouchement de la veine sacrée. En ce point, nous trouvons un caillot adhérent à la paroi veineuse, de la même nature, de la même couleur et de la même consistance que les caillots de l'artère pulmonaire. C'est donc là l'origine de l'embolie.

Une thrombose s'était formée, probablement peu de temps avant la mort. Sous l'influence des mouvements et de l'accélération de la circulation, lorsque la malade s'est levée et a marché pour aller vers le fauteuil, des caillots se sont détachés et ont été entraînés vers le cœur droit, où ils ont été lancés dans l'artère pulmonaire.

Le *cerveau* et le *bulbe* étaient absolument sains.

Ainsi, il faut savoir que dans l'ovariotomie, l'hystérectomie ou les opérations analogues, le traumatisme opératoire, la pression des doigts, des éponges ou des instruments, peuvent quelquefois contondre les veines du bassin ou des organes voisins, assez fortement pour produire la coagulation du sang dans l'intérieur de ces vaisseaux. Ces thromboses, ordinairement peu étendues, ne se manifestent par aucun symptôme. Tout va bien tant que l'opérée garde le repos horizontal. Mais lorsqu'elle commence à exécuter des mouvements étendus, et lorsqu'elle se lève, la circulation devient plus active, les caillots peuvent se détacher, devenir migrateurs et former des embolies pulmonaires. Il se passe alors ce qui a été observé maintes fois à la suite des couches, lorsque les femmes se lèvent pour la première fois. Un caillot transporté jusque dans l'artère pulmonaire donne lieu à des infarctus ou à une asphyxie dont la mort brusque est la conséquence.

Il faut donc, à la suite de l'ovariotomie, comme pendant les couches, prévoir la possibilité d'une embolie pulmonaire. Pour

iter ce terrible accident, on ne se pressera pas de faire lever
s opérées, bien qu'elles soient guéries, et on leur recomman-
ra d'éviter les mouvements brusques, lorsqu'elles commenront à se lever et à marcher.

DE L'EMPLOI DE L'IGNIPUNCTURE
DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE,

Par Ad. Olivier,
Interne des hôpitaux.

La métrite parenchymateuse chronique est une affection
ontre laquelle on a employé des moyens thérapeutiques extrê-
ement nombreux, ce qui indique assez l'impuissance où
ous sommes de la guérir sûrement. Cette affection n'est ce-
endant pas au-dessus des ressources de l'art, mais il faut
eaucoup de patience, beaucoup de persévérance dans le trai-
ment, et il faut surtout savoir varier la thérapeutique et ne
as vouloir appliquer à tous les cas le même traitement. Aussi
'avons-nous pas la prétention de vouloir faire de l'ignipunc-
ire le seul et unique traitement de la métrite chronique, nous
oulons seulement montrer qu'employée à une certaine période
e la maladie, elle amène rapidement l'amendement et la dis-
arition de la douleur, et dans un temps plus long, la diminu-
on de volume de l'organe et son retour à l'état normal.

L'emploi du fer rouge dans le traitement des affections uté-
ines n'était pas connu des anciens, ou du moins, ils n'en
ont pas mention dans leurs ouvrages. Il faut arriver jusqu'au
ommencement de notre siècle pour voir Percy (1), en 1811,
mettre l'avis que l'on pourrait peut-être s'en servir avec avan-
ige ; mais il n'en fit pas usage. Le baron Larrey (2), après lui,

---

(1) Percy. *Pyrotechnie*, p. 266, Paris, 1811.
(2) Larrey. *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 114.

insista beaucoup sur la cautérisation du col dans les cas d'ulcères, et surtout d'ulcères cancéreux. Mais c'est à Jobert de Lamballe (1) que revient véritablement l'honneur de s'être servi le premier du fer rouge dans les maladies chroniques, et c'est de cette époque que date la vulgarisation de cette opération dans la pratique gynécologique. Jobert se servait de cautères dont l'extrémité se terminait en fuseau et il l'enfonçait assez profondément dans le tissu du col. Aujourd'hui on se sert de cautères très fins, comme nous le verrons plus loin.

L'emploi de l'ignipuncture dans la métrite parenchymateuse chronique est de date récente. Le premier travail publié en France sur ce mode de traitement est celui de M. le professeur Courty, de Montpellier (2). Cet auteur fit au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, session de Clermont-Ferrand, une communication intéressante sur ce sujet. Dans cette communication, il préconise l'usage de l'ignipuncture du col utérin dans la métrite parenchymateuse chronique, et expose sa manière d'opérer, se réservant de revenir sur ce sujet et de le traiter plus longuement dans un nouveau travail. Mais bien avant la publication du petit mémoire de M. Courty, de nombreux médecins et chirurgiens employaient ce mode de traitement et nous avons pu retrouver dans les registres de notre maître, M. Gallard, des observations remontant à l'année 1872 et dans lesquels il s'était servi de l'ignipuncture. En 1875, M. le Dr Boda (3) a publié, dans sa thèse inaugurale, un certain nombre de cas de guérison par ce mode de traitement, plus récemment, en 1881, M. le Dr Caron en a aussi publié quelques cas. M. Gallard a bien voulu, sur notre demande, employer l'ignipuncture chez un assez grand

(1) Jobert de Lamballe. *Mémoire sur la cautérisation*, p. 407.

(2) Courty. *De l'ignipuncture du col utérin dans le traitement de la métrite chronique.* (Association française pour l'avancement des sciences, Clermont-Ferrand, 1876.)

(3) Boda. *Traitement de la métrite parenchymateuse chronique surtout étudiée au point de vue de la cautérisation électrique*, Paris, 1875.

nombre de malades atteintes de métrite chronique; chez toutes, les pointes de feu ont donné de bons résultats, mais elles n'ont pas toujours amené la guérison. Il faut les appliquer dans les cas et à la période de la maladie que nous spécifierons plus loin; car, il faut bien le dire, l'ignipuncture est un excellent mode de traitement de la métrite chronique, mais à la condition qu'on ne l'emploiera pas à tort et à travers, et qu'on n'en fera pas un mode unique de traitement. L'ignipuncture est le pivot du traitement que nous préconisons; mais nous nous hâtons de dire que l'emploi des moyens qui doivent en précéder, en accompagner, et surtout en suivre l'application, est, sinon plus important, comme le veut M. Courty, au moins aussi important que l'ignipuncture elle-même, laquelle, au lieu d'être utile, peut être nuisible, si elle est mal appliquée ou si elle n'est pas accompagnée de divers adjuvants, dont le concours peut seul assurer son efficacité.

A quelle période de la métrite chronique faut-il employer l'ignipuncture? — Au point de vue anatomo-pathologique on peut distinguer deux périodes à la maladie : une première, dite d'infiltration, et une seconde, dite d'induration. L'augmentation de volume de l'organe est un caractère commun aux deux périodes. Dans la première, le tissu utérin est mou, gorgé de sucs rougeâtres et laisse écouler une grande quantité de sang lorsqu'on le coupe, la muqueuse épaissie présente une coloration rouge ardoisé, et est ordinairement hérissée de villosités et parsemée de granulations et de fongosités. Lorsque la maladie est arrivée à la période d'induration, le parenchyme utérin devient plus dur, plus résistant, rappelle les caractères du tissu cicatriciel. Dans une période ultime, l'utérus peut s'atrophier et prendre une consistance cartilagineuse.

Dans la première période, il y a hyperhémie, les vaisseaux sont distendus et remplis par les globules sanguins. Mais la lésion dominante, c'est la présence, en grand nombre, d'éléments embryonnaires dans toute l'épaisseur de la paroi. Ces

éléments entourent les vaisseaux, ou sont disséminés sous forme d'îlots.

Que deviennent plus tard ces éléments embryonnaires? Donnent-ils lieu, à la période d'induration, à la formation de tissu fibreux ou à la production du tissu musculaire? Les auteurs ne s'accordent nullement là-dessus. M. de Sinéty (1) a examiné un grand nombre de préparations histologiques de tissu, provenant de métrites chroniques, à diverses périodes; voici ce qu'il a trouvé :

1° Une dilatation considérable des espaces lymphatiques;

2° Une hyperplasie du tissu conjonctif qui entourait les vaisseaux, hyperplasie qui diminuait leur calibre au point de les oblitérer presque en quelques endroits. Ce tissu conjonctif était un véritable tissu fibreux, pauvre en éléments cellulaires. On voyait en outre, que les faisceaux de fibres musculaires lisses étaient conservés, et tranchaient par leur teinte rose sur le fond presque incolore formé par le tissu conjonctif. Il était difficile de dire s'il y avait augmentation ou diminution de leur nombre, mais on pouvait affirmer que les faisceaux musculaires existaient en proportion notable, et que les fibres qui les composaient ne paraissaient nullement altérées ni dans leur structure, ni dans leur dimension.

Nous rejetons absolument l'emploi de l'ignipuncture à la première periode de la maladie. A cette période, comme on vient de le voir, où les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang, où il y a abondante prolifération de cellules embryonnaires, on s'exposerait à voir l'inflammation se propager au tissu cellulaire péri-utérin, à la trompe, à l'ovaire, et même au péritoine. La cautérisation peut aussi être suivie d'une hémorrhagie plus ou moins abondante, ce qui s'explique aisément, étant donné l'état des vaisseaux à cette période. C'est ce qui est arrivé

---

(1) De Sinéty. *Manuel pratique de gynécologie*, p. 357, Paris, 1879.

chez une malade dont M. le Dr Rollet (1) rapporte l'observation dans sa thèse inaugurale. M. Rollet accuse le thermo-cautère du Dr Paquelin d'être la cause de l'hémorrhagie et il part de ce fait pour rejeter complètement l'emploi du thermo-cautère dans la cautérisation du col de l'utérus. Ce n'est pas le thermo-cautère qu'il faut accuser dans ce cas : tout autre cautère aurait produit le même résultat; la malade n'en était qu'à la première période de la maladie, ainsi qu'il résulte nettement de la lecture de l'observation; il fallait s'abstenir de la cautériser au fer rouge.

Ce n'est que tout à fait à la fin de la première période qu'il est bon de se servir de l'ignipuncture. A ce moment, en effet, la congestion plus ou moins intense qui marque la première partie de la maladie est beaucoup moins vive, quelquefois même elle est presque complètement disparue; les nombreuses cellules embryonnaires qui ont proliféré dans l'épaisseur du tissu et autour des vaisseaux commencent à s'organiser, et bientôt si l'on n'agit énergiquement elles auront transformé le tissu utérin en un bloc fibreux, exsangue par suite de la compression continue et progressive exercée sur les vaisseaux. C'est donc à ce moment qu'il faut agir. *Mais à quels signes reconnaîtra-t-on qu'on est arrivé à cette période de la maladie?*

C'est surtout par l'examen au spéculum et par le toucher qu'on fera ce diagnostic. Par le toucher, en effet, au lieu de trouver, comme au début de la maladie, un col gros, mou, uniformément mou, on trouvera des points dépressibles et des points plus durs, résistants, qui sont l'indice du travail d'organisation. Au spéculum on verra une surface d'un rouge encore violacé, c'est vrai, mais présentant çà et là des points plus pâles, quelquefois même de petites taches jaunâtres, marbrant en quelque sorte le tissu utérin. A une période un peu plus avancée, lorsque l'induration a déjà envahi une assez notable partie de l'organe, la coloration du col est d'un rose pâle tendant de plus en plus

(1) Rollet. *Du traitement de la métrite chronique par la cautérisation au fer rouge*, Paris, 1878.



vers le blanc à mesure que marche la maladie. C'est aussi vers la fin de la première période qu'on observe sur la surface du col de petites bosselures formées par les tumeurs folliculeuses qui se développent sous l'influence de la métrite chronique.

Comment agit l'ignipuncture dans ces cas?— La cautérisation profonde imprime à la circulation utérine qui s'était ralentie sous l'influence de la perte de la tonicité vasculaire une certaine activité et facilite la résorption des exsudats. Par la suppuration prolongée qu'elle provoque le plus souvent à la surface, et dans la profondeur du col, l'ignipuncture est un puissant moyen de dérivation, d'une durée d'un mois, quelquefois plus, qui, s'il est mis à profit par le médecin, place entre ses mains le moyen naturel le plus énergique pour mener à bonne fin la résolution de l'organe. Il suffit ensuite de prévenir soigneusement les rechutes pendant les premiers mois pour obtenir la cure radicale.

On peut encore employer l'ignipuncture à la seconde période de la maladie, alors que le tissu utérin est pâle, exsangue, induré. Le mode d'action est ici tout différent. Il faut songer à ranimer la vitalité du tissu, à activer la circulation qui menace de s'éteindre dans ces vaisseaux, et alors on demandera à la cautérisation d'exercer une action stimulante. La modification imprimée au tissu propre du col se propage au tissu du reste de l'organe et devient le point de départ d'une activité morbide, qui, bien dirigée, amène graduellement la résolution plus ou moins complète de l'organe. Mais son action finale est d'établir un tissu cicatriciel qui, par sa rétraction, amène une diminution de volume de l'organe, rétrécit les vaisseaux et par là rend impossible les stases sanguines.

Lorsqu'on a décidé d'employer l'ignipuncture, il faut avant tout s'assurer de l'état des organes voisins de l'utérus, principalement des ovaires et des trompes. Si ces organes ne sont pas dans un état d'intégrité parfaite, si surtout ils sont enflammés, et à plus forte raison, si une phlegmasie ayant eu son point de départ, soit dans ces organes, soit dans le tissu cellulaire péri-

utérin a gagné le péritoine pelvien, il faut s'abstenir de toute espèce de cautérisation. La grossesse est-elle une contre-indication ? Quelques chirurgiens et quelques gynécologues ont pratiqué avec succès cette opération sur des femmes enceintes, mais nous rejetons absolument cette pratique comme dangereuse et imprudente, non seulement parce qu'on risque de provoquer un avortement, mais aussi parce que, s'il survient quelque accident fâcheux dans la suite, on ne manquera pas de le mettre sur le compte du fer rouge.

Comment faut-il pratiquer l'ignipuncture ? — L'ignipuncture doit être pratiquée avec grand soin et judicieusement, de façon à ce que, lorsque la cautérisation sera terminée, il ne se soit pas produit de déformations préjudiciables à l'exercice de l'organe. Si on cautérisait immodérément toute la surface du col, y compris son orifice et sa cavité, on exposerait l'orifice utérin à des rétrécissements dont les conséquences pourraient être pires que celles du mal qu'on a cherché à guérir. Certains chirurgiens pensent que lorsque, dans la métrite chronique, l'ulcération qui existe fréquemment sur les lèvres du col pénètre dans la cavité cervicale, il faut la cautériser au fer rouge, et pour cela, introduire dans cette cavité un cautère effilé aussi loin que possible. Nous regardons cette pratique comme très dangereuse, et nous avons eu l'occasion de voir une malade que l'on avait traitée de cette façon et qui présentait tous les signes d'une rétention des règles résultant de l'oblitération du col. Il fallut faire une incision profonde pour retrouver la cavité et faire cesser les accidents qui menaçaient de devenir graves.

Nous voulons bien admettre que tel n'est pas toujours le résultat de la cautérisation, mais pourquoi s'exposer à un danger réel alors qu'on possède tant de moyens aussi bons de traiter cette ulcération ? Il est bien rare que l'hypertrophie se répartisse également sur toutes les parties de l'organe ; le col, outre son augmentation de volume, est presque toujours dé-

formé. Le plus souvent c'est la lèvre antérieure qui fait une saillie plus ou moins grande, plus rarement la lèvre postérieure. D'autres fois le col est fortement déchiré d'un côté, comme cela arrive fréquemment chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants, et alors les deux lèvres et l'autre côté se développent en formant une sorte de cornet dont l'ouverture regarde du côté de la déchirure.

Si la guérison survenait alors que le col a cette forme et si la femme était jeune, il pourrait en résulter pour elle la stérilité, et l'on serait forcé, pour y remédier, de faire une opération. Dans ce cas particulier, il faudra faire porter la cautérisation sur le point opposé à la déchirure, de façon à rendre au col sa forme antérieure, autant que cela est possible. En termes généraux, on appliquera les pointes de feu sur les points où l'hypertrophie partielle, résultant de la métrite chronique, est plus marquée ; leur action résolutive produisant alors le double effet de dissiper la métrite et de résoudre l'hypertrophie.

De quel cautère faut-il se servir pour pratiquer l'ignipuncture? — On peut se servir de tout cautère disposé en forme de pointe effilée. M. le professeur Courty préconise le cautère actuel; il se sert d'un petit cautère à boule, portant à son sommet une pointe effilée, longue de 2 centimètres. Ce petit cautère est maintenu au centre d'une lampe éolipyle, au moyen d'un petit appareil spécial; Heider, de Vienne, et plus tard Nélaton et Amussat fils employèrent le galvano-cautère; on s'en est jusqu'ici peu servi dans les affections utérines. Quelques gynécologistes l'ont employé à plusieurs reprises sans le trouver supérieur au cautère actuel. Becquerel lui-même, qui l'a beaucoup préconisé, reconnaît que son action ne diffère pas sensiblement de celle du fer rouge. Or, comme son usage exige un outillage assez compliqué et peu transportable, on se servira de préférence soit du cautère actuel, soit du thermo-cautère du D[r] Paquelin, dont il nous reste à parler. Le thermo-cautère est un instrument qui, par sa commodité, tend à remplacer le

cautère actuel. Son action est la même que celle de ce dernier, et il a l'avantage d'effrayer beaucoup moins les malades. Aussi est-ce à lui que nous donnons la préférence.

Manuel opératoire. — Pour pratiquer la cautérisation, il faut placer la femme, comme pour l'examen au spéculum, c'est-à-dire le bassin un peu relevé, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Cela fait, on choisira de préférence un spéculum plein pour découvrir le col, de façon à ce que le vagin ne puisse être atteint par le fer rouge. Afin de le mieux protéger, on a fabriqué des spéculums avec des corps mauvais conducteurs de la chaleur, comme le bois, l'ivoire, la corne, le verre comme celui de Fergusson ; mais quand la cautérisation est faite avec rapidité, les parois d'un spéculum métallique n'ont pas le temps de s'échauffer suffisamment pour que le rayonnement s'étende jusqu'à la muqueuse vaginale; aussi, faute d'autre, peut-on très bien prendre un spéculum métallique; seulement on n'oubliera pas de rafraîchir le spéculum après chaque application de fer rouge, en injectant un peu d'eau froide dans sa cavité, avant de le retirer.

On introduit alors lentement, avec beaucoup de douceur, le spéculum que l'on a choisi, après l'avoir préalablement enduit de vaseline, et l'on a soin que le col seul fasse saillie dans l'aire du spéculum et qu'aucun repli du vagin ne s'y présente avec lui; car si on cautérisait le vagin, on s'exposerait à des accidents de plusieurs sortes, dont l'un immédiat, l'inflammation, pouvant se propager jusqu'au péritoine ; dont d'autres, plus éloignés, auraient des conséquences également fâcheuses, comme, par exemple, la formation de brides cicatricielles succédant à la chute des eschares, et produisant le rétrécissement du conduit. Lorsque le spéculum est introduit et que le col seul fait bien saillie dans son aire, on l'essuie convenablement avec un petit tampon de charpie ou de coton. Saisissant alors le thermo-cautère de la main droite, on le porte vivement sur le col et on le fait pénétrer dans son épaisseur parallèlement à l'axe de la cavité cervicale. On le fera pénétrer à une profon-

deur variable selon l'effet que l'on veut obtenir, mais jamais moindre de 5 à 6 millimètres ni supérieure à 3 centimètres. En général on fera pénétrer la pointe à 1 centimètre, 1 cent. 1/2. Quant au nombre des piqûres, il est aussi fort variable : si la lèvre antérieure seule est hypertrophiée, on se contentera de 3 à 4 piqûres ; si le col est hypertrophié en totalité, on pourra en faire 4, 5, 6, 8 même, mais on ne dépassera pas ce chiffre, parce qu'on s'exposerait à déterminer une inflammation qui pourrait dépasser le but qu'on se propose d'atteindre.

Aussitôt les piqûres faites, on injectera une certaine quantité d'eau froide, puis on retirera doucement le spéculum. On fera enfin porter la malade dans son lit où elle restera au repos pendant plusieurs jours. Pendant les premiers jours on donnera des injections émollientes avec une décoction de guimauve et de tête de pavot. Au bout de quatre ou cinq jours, on pourra permettre à la malade de se lever un peu, mais on lui recommandera de marcher le moins possible, et on commencera à lui faire donner des douches vaginales prolongées, soit avec un siphon, soit avec l'appareil de M. Audouin. Il arrive quelquefois, lorsque le nombre des piqûres a été assez considérable, que le soir même de l'opération, la malade se plaigne de douleurs dans le bas-ventre, il sera bon de faire appliquer sur le ventre un cataplasme laudanisé et, de plus, de donner un quart de lavement avec 10 gouttes de laudanum de Sydenham.

Une inflammation éliminatoire ne tarde pas à apparaître autour de l'eschare, et celle-ci tombe généralement vers le dixième ou le douzième jour. Lorsque la cautérisation a été peu profonde, elle peut tomber vers le septième ou huitième jour ; mais il n'est pas rare, lorsque les piqûres ont été fort profondes, de ne la voir tomber que vers le quinzième jour. L'ulcération qui est sous l'eschare est de bonne nature et marche rapidement vers la cicatrisation. Celle-ci se fait de la circonférence au centre, ce qui lui donne un aspect étoilé, ou bien mamelonné lorsque la cicatrisation forme de petits îlots saillants.

Quel intervalle doit-on mettre entre deux cautérisations? Jobert de Lamballe disait qu'il fallait laisser un intervalle de huit à quinze jours entre chaque cautérisation. Si l'on en juge par les observations publiées par M. Rollet, M. le professeur Richet ne serait pas de cet avis; on voit, en effet, qu'il réapplique le fer rouge aussitôt que l'eschare est tombée, sans attendre que la cicatrisation soit faite. Nous ne saurions accepter cette manière de faire. Nous pensons, au contraire, qu'il est bon d'espacer les séances d'ignipuncture de façon à éviter le retentissement qui pourrait se produire sur les organes voisins et sur le péritoine. On peut, si on veut, ne pas attendre la cicatrisation complète des petites plaies résultant de la chute des eschares ; mais on mettra, au moins, un intervalle de trois semaines entre deux séances. Combien faut-il faire de séances? D'après M. Rollet, M. le professeur Richet n'appliquerait pas le fer rouge plus de quatre ou cinq fois et cela suffirait pour amener la guérison. Il blâme ceux qui ont fait ou font encore un nombre illimité de cautérisations, ou ceux, au contraire, qui n'en font qu'une ou deux, et à des intervalles tellement éloignés qu'il n'est pas possible de juger des effets qu'on peut retirer du cautère. Nous ne pensons pas qu'on puisse limiter ainsi le nombre des cautérisations à faire; il faut se guider sur les résultats obtenus. Il est bien évident que chez certaines malades, dont la maladie n'est pas très ancienne, la résolution pourra se faire rapidement, et il suffira de deux ou trois cautérisations pour amener la guérison, tandis que chez d'autres dont l'affection remonte à plusieurs années, il faudra cinq, six, dix cautérisations pour arriver à la guérison. Nous avons recueilli, pendant notre année d'internat chez notre excellent maître, M. le Dr Gallard, un grand nombre d'observations de métrite chronique où on a employé l'ignipuncture ; comme elles se ressemblent toutes plus ou moins, nous n'en donnerons que quatre dans lesquelles on a pris, à plusieurs reprises, les dimensions du col. On pourra juger par leur lecture des résultats obtenus, résultats que nous résumerons d'ailleurs un peu plus loin.

Observation I. — *Métrite parenchymateuse chronique. Ignipuncture. Guérison.*

Le 24 février 1881, la nommée Del... (Adeline), âgée de 45 ans, présente à la consultation du Dr Gallard, à l'Hôtel-Dieu. Née à Pa elle y fut réglée à l'âge de 13 ans facilement ; depuis cette époque règles furent toujours régulières et assez abondantes. Elle de enceinte à l'âge de 20 ans pour la première fois ; la grossesse normale, sans accidents notables et l'accouchement facile. Dep lors deux nouvelles grossesses survinrent et se terminèrent a bien. Il y a déjà longtemps que la malade nous dit souffrir dans ventre, surtout lorsqu'elle a beaucoup marché. Mais depuis plusieurs mois les douleurs sont devenues beaucoup plus fortes, et elle ne p se livrer à aucun travail. Elle souffre continuellement dans le ba ventre, et, par moments, elle éprouve des élancements intolérab en arrière du pubis ; lorsqu'elle est assise, la douleur se porte côté du coccyx, et au bout d'un moment elle est forcée de se couc tant elle souffre en ce point. Il y a donc une coccygodinie très ma quée. La marche est très pénible, elle éveille des douleurs aiguës q la rendent presque impossible. Depuis plusieurs mois, les règles, q sont restées régulières, sont beaucoup plus abondantes et s'acco pagnent de coliques assez vives pendant les deux premiers jour Pendant l'intervalle des règles, il y a des pertes blanches as abondantes. Par le palper abdominal on arrive jusque sur le fond l'utérus qui paraît volumineux et qui est sensible à la pression ; l palpation des régions ovariennes n'est pas sensible. Au toucher, sent un col gros, mais un peu mou, dont l'orifice est entr'ouvert déchiré à gauche ; la lèvre antérieure est très saillante. Le corps l'utérus se dirige en arrière et un peu en haut ; il paraît volumine il est lourd, peu mobile. Les culs-de-sac sont libres. Au spécul on aperçoit un col volumineux, d'un rouge violacé, marbré de de ou trois petites taches jaunâtres, la lèvre antérieure proéminente largement ulcérée. Par l'orifice du col s'écoule un liquide ép muco-purulent. M. Gallard introduit un bourdonnet imbibé de g cérine et engage la malade à garder le lit pendant une huitaine jours avant de revenir.

Le 3 mars, elle revient à la consultation, se plaignant de souffr toujours autant ; cependant le col paraît beaucoup moins cong

tionné, quoiqu'il ait encore sa teinte violacée. M. Gallard décide de faire de l'ignipuncture, mais il commence par prendre les mesures du col :

Diamètre antéro-postérieur 35 millim.
— transverse 33 —

Sur les 35 millim. il y en a 25 pour la lèvre antérieure.

On applique un large spéculum plein et on fait cinq piqûres avec le thermo-cautère du Dr Paquelin, dont trois sur la lèvre antérieure, et deux sur la lèvre postérieure. On enfonce la pointe d'environ un centimètre, parallèlement à l'axe de la cavité du col utérin. On recommande à la malade de garder le repos au lit et de faire des injections vaginales chaudes avec une décoction de guimauve et de têtes de pavots.

Le 17 mars, la malade nous dit qu'elle souffre beaucoup moins depuis qu'on l'a cautérisée. Dès le lendemain, les douleurs ont été beaucoup moins vives et l'amélioration s'est maintenue. L'écoulement blanchâtre a beaucoup augmenté et il est devenu plus clair. A l'examen au spéculum, on trouve que le col n'a pas sensiblement diminué de volume, les eschares ne sont pas encore tombées. On mesure le col, et on trouve :

Diamètre antéro-postérieur 35 millim.
— transverse 34 —

M. Gallard ordonne à la malade de faire des injections froides prolongées et de marcher le moins possible.

31 mars. — Les douleurs sont un peu plus vives, ce qui s'explique par cette raison que la malade attend ses règles.

Diamètre antéro-postérieur 36 millim.
— transverse 30 —

15 mai. — La malade n'est pas venue à la consultation depuis un mois ; dans cet intervalle elle a eu deux fois ses règles ; elles ont été beaucoup moins abondantes et ne se sont pas accompagnées de douleurs comme les époques précédentes. Les dernières règles se sont terminées le 4 mai, et par l'examen au spéculum on voit encore un peu de sang sourdre par l'orifice du col. Celui-ci a encore une teinte violacée, mais son tissu est plus ferme.

Diamètre antéro-postérieur 40 millim.
— transverse 31 —

On fait un badigeonnage à la teinture d'iode sur le col. Injections froides.

19 mai. — Amélioration très sensible : le col paraît beaucoup moins gros ; il a une teinte rosée ; on voit nettement les traces des piqûres déjà faites, qui se présentent sous forme de petites dépressions.

Diamètre antéro-postérieur 32 millim.
— transverse 32 —

On fait cinq nouvelles piqûres dans l'intervalle des premières, dont quatre sur la lèvre antérieure.

2 juin. — Les eschares sont tombées, le col a bon aspect. L'utérus est beaucoup moins lourd et plus mobile ; il n'est plus douloureux au toucher ni au palper.

6 octobre. — La malade va tout à fait bien ; elle a pu reprendre ses occupations. Elle ne souffre plus dans le ventre. On mesure encore une fois le col et on trouve :

Diamètre antéro-postérieur 28 millim.
— transverse 26 —

Le col a une teinte rosée ; il est couvert de cicatrices déprimées qui le font ressembler à une écumoire. Il a repris sa consistance normale et il n'est plus douloureux.

Observation II. — *Métrite parenchymateuse chronique. Antéversion. Ignipuncture. Aucun accident. Guérison.*

La nommée Br..., âgée de 28 ans, couturière, se présente à la consultation du Dr Gallard, à l'hôpital de la Pitié, le 5 janvier 1880. Réglée à 31 ans, à Paris, où elle est née, la malade s'est mariée à 20 ans et a eu deux grossesses. Le premier accouchement fut facile et ne dura que six heures ; mais le second fut beaucoup plus long : il dura près de vingt-quatre heures. Depuis cette époque elle souffre dans le ventre. Depuis sa dernière grossesse ses règles sont irrégulières et, à plusieurs reprises, elle a eu des ménorrhagies. Elle éprouve continuellement des douleurs sourdes dans le bas-ventre, mais ces douleurs ne s'irradient pas ; la marche les exaspère, le repos au lit les calme presque complètement. Elle se plaint de pesanteur sur le périnée, et depuis quelque temps elle a des envies fréquentes d'uriner. Dans l'intervalle des règles, elle perd beaucoup en blanc. Le palper permet de sentir immédiatement au-dessus et en arrière du pubis le corps de l'utérus. Au toucher, on sent le col qui est fortement porté

en bas dans le cul-de-sac postérieur; il est gros, mou, sa lèvre antérieure est proéminente. Les culs-de-sac sont libres, le corps de l'utérus est en avant, appliqué contre la face postérieure du pubis. Au spéculum, on trouve un col gros, rouge violacé, dont la lèvre antérieure fait saillie; on observe çà et là quelques taches jaunâtres. Il existe une légère ulcération sur la lèvre antérieure.

Trois piqûres sur la lèvre antérieure. Repos, grand bain tous les deux jours. Lavement laudanisé.

Col : Diamètre antéro-postérieur 39 millim.
— transverse 32 —

20 janvier. — Les eschares sont tombées, et à leur place petites ulcérations ; col moins rouge; suppuration abondante.

3 février. — Col moins gros.

Diamètre antéro-postérieur 36 millim.
— transverse 26 —

Les douleurs sont presque complètement disparues. Trois piqûres sur la lèvre antérieure et deux sur la lèvre postérieure.

19 février. — Les eschares sont tombées excepté une.

Diamètre antéro-postérieur 30 millim.
— transverse 25 —

11 mars. — La malade ne souffre plus du tout ; elle ne perd presque plus. Le col est beaucoup plus pâle. L'ulcération de la lèvre antérieure ne disparaissant pas, M. Gallard la cautérise au nitrate d'argent.

25 mars. — L'ulcération est presque complètement guérie.

Diamètre antéro-postérieur 27 millim.
— transverse 25 —

17 juin. — La malade qui avait été plus de deux mois sans venir à la consultation, se croyant guérie, revient voir M. Gallard. Elle vient d'avoir ses règles et elle a beaucoup souffert ; au spéculum on trouve le col assez gros, violacé.

Diamètre antéro-postérieur 30 millim.
— transverse 31 —

Repos, bains de siège froids.

8 juillet. — Quatre piqûres sur la lèvre antérieure, deux sur la lèvre postérieure.

25 juillet. — Les eschares sont tombées, le col est pâle, la malade ne souffre plus.

26 août. — Le col a repris à peu près ses dimensions normales, l'utérus est beaucoup moins gros. Il n'y a plus de douleurs.

OBSERVATION III. — *Métrite parenchymateuse chronique. Ignipuncture. Guérison.*

Mme G..., âgée de 25 ans, modiste, vient consulter le Dr Gallard le 13 février 1880. Réglée à 15 ans, à Metz où elle est née, elle s'est mariée à 22 ans. Il y a sept mois, elle accouchait pour la première fois. L'accouchement dura onze heures, mais il se termina naturellement et sans trop de douleurs. Se sentant fort bien le troisième jour, elle se leva une partie de la journée. Le soir, elle eut une hémorrhagie utérine assez abondante, et des douleurs occupant la fosse iliaque droite apparurent dans la nuit. Le lendemain, malgré le repos au lit, nouvelle hémorrhagie moins abondante. Au bout de huit jours, malgré les prescriptions de son médecin, elle se leva et vaqua à ses occupations, quoiqu'elle souffrît toujours dans le ventre. Les règles ne revinrent que sept semaines après l'accouchement, et s'accompagnèrent de douleurs si vives qu'elle fut forcée de prendre le lit.

Depuis lors, elle n'a été réglée que deux fois, et chaque fois elle souffrit beaucoup. Depuis son accouchement, elle n'a cessé de souffrir dans le ventre : ce sont des douleurs sourdes et continuelles ; de temps en temps elle éprouve des élancements lorsqu'elle s'est trop fatiguée. Depuis deux ou trois jours, elle souffre beaucoup dans la fosse iliaque droite, et les douleurs s'irradient vers la cuisse. Elle perd abondamment en blanc. Le palper n'est pas douloureux et ne permet pas d'atteindre le fond de l'utérus. Au toucher, on sent un col gros, formé de deux lèvres saillantes entre lesquelles le doigt peut pénétrer. La surface du col est dépolie, rugueuse ; il est un peu incliné à gauche. Les culs-de-sac sont souples et libres ; seul le cul-de-sac latéral droit est un peu effacé par le corps de l'utérus qui est un peu incliné à droite. Le spéculum permet de constater ce que le toucher avait fait reconnaître ; sur le pourtour du col il y a une légère exulcération. On mesure le col.

Col : Diamètre antéro-postérieur 40 millim.
— transverse 34 —

On a fait quatre piqûres sur la lèvre antérieure et quatre sur la lèvre postérieure avec le Paquelin, pas de douleur.

18 février. — La malade dit avoir perdu un peu de sang le lendemain du jour où on l'a cautérisée. Les eschares ne sont pas tombées. Le col est moins rouge et diminué.

Diamètre antéro-postérieur 34 millim.
— transverse 28 —

26 février. — L'écoulement purulent qui était assez abondant depuis quelques jours commence à se modérer. Les douleurs sont presque complètement disparues. La malade a eu ses règles le 20, les souffrances ont été beaucoup moins vives. On cautérise la légère ulcération avec une solution de nitrate d'argent au quart.

5 mars. — Les eschares sont tombées; ulcérations rosées ; deux piqûres sur la lèvre antérieure, trois sur la postérieure. On ordonne des bains de siège froids et des douches vaginales froides.

19 mars. — Amélioration très sensible ; le col est beaucoup moins volumineux, il est d'un rose pâle et plus ferme, les eschares sont tombées. Les ulcérations résultant des premières piqûres sont cicatrisées.

11 mai. — La malade est guérie; elle vient d'avoir ses règles et n'a pas souffert. Le col est rouge, ferme, et présente quatre ou cinq petites dépressions étoilées. Il n'y a plus d'écoulement catarrhal.

Observation IV. — *Métrite parenchymateuse chronique. Antéflexion. Ignipuncture. Amélioration très notable.*

La nommée Lal... (Marguerite) se présente le 19 mars 1881 à la consultation du Dr Gallard, à l'Hôtel-Dieu. Cette femme, âgée de 38 ans, ne fait que son ménage. Elle fut réglée à 15 ans assez facilement, et depuis, ses règles furent toujours régulières. Elle a eu cinq enfants; toutes ses grossesses furent bonnes, mais deux des accouchements furent très longs : le second et le cinquième. Elle nous dit aussi que toujours elle s'est levée le quatrième ou le cinquième jour, et que jusque son dernier accouchement elle n'a jamais souffert dans le ventre. Ce dernier accouchement a eu lieu il y a trois ans; elle s'est levée le cinquième jour, mais le quatorzième elle fut forcée de reprendre le lit parce qu'elle souffrait dans le bas-ventre et qu'elle perdait du sang. Elle resta couchée une quinzaine de jours ; l'écoulement de sang disparut, mais les douleurs persistèrent. Voyant qu'elle n'allait pas mieux, elle reprit ses occupations au bout de ce temps sans s'inquiéter de ce qui pourrait arriver. A partir de ce mo-

ment, la malade souffrit continuellement dans le ventre. Ses souffrances augmentaient ou diminuaient selon qu'elle se fatiguait plus ou moins. Certains jours, lorsqu'elle avait beaucoup marché, aux douleurs continues et habituelles venaient s'ajouter des douleurs aiguës sous forme d'élancements; elle souffrait alors aussi dans la région lombaire. Presque en même temps apparaissent des pertes blanches abondantes; de plus, les règles qui ne duraient, avant le dernier accouchement, que deux ou trois jours, durèrent cinq, six et huit jours quelquefois, et l'écoulement sanguin fut beaucoup plus abondant. Pendant la journée qui précédait l'apparition de l'écoulement menstruel, et pendant les deux premières de la période menstruelle, elle ressentait des coliques très violentes avec vomissements et diarrhée. Comme la malade est très courageuse, elle souffrit longtemps avant de consulter un médecin, et ce n'est que le 10 mars 1881 qu'elle vint demander à M. Gallard de la soulager et de la guérir.

Aux renseignements que nous venons de relater, il faut ajouter que, depuis quatre mois, la santé générale s'altère. La malade a notablement maigri; elle n'a pas d'appétit; ses digestions sont difficiles; elle vomit facilement; le matin, en se levant, elle a du vertige, des nausées.

Examen de la malade. — La paroi abdominale est très lâche, couverte de vergetures; par la palpation on la déprime facilement, et on sent, tout à fait en arrière du pubis, une tumeur arrondie, du volume d'une petite orange, assez mobile et douloureuse à la pression. En palpant latéralement on ne détermine aucune douleur. Au toucher, on trouve le vagin un peu chaud, très humide; on arrive facilement sur le col, qui est dans l'axe du vagin; l'utérus semble abaissé. Ce col est gros, un peu dur, surtout sur sa lèvre antérieure qui est rugueuse et paraît ulcérée; en pressant un peu on détermine de la douleur. Dans le cul-de-sac antérieur on trouve une tumeur très sensible au toucher et qui se continue avec le col en faisant avec lui un angle légèrement obtus. Les autres culs-de-sac sont souples et libres; on n'y détermine pas de douleur.

Au spéculum on voit un col volumineux d'un rouge un peu violacé présentant par places des points plus pâles; la lèvre antérieure représente une surface ulcérée et granuleuse; cette ulcération semble pénétrer dans la cavité cervicale. On prend les diamètres et on trouve :

Diamètre antéro-postérieur 42 millim.
— transversal 41 —

M. Gallard décide de lui faire de l'ignipuncture et nous charge de la faire chez la malade, qui demeure loin de l'hôpital, afin de lui éviter la fatigue du retour chez elle. Nous y allons le 19 mars, et faisons cinq piqûres profondes de 1 centimètre environ : trois sur la lèvre antérieure et trois sur la postérieure ; nous injectons une certaine quantité d'eau froide. On lui prescrit de garder le lit pendant trois jours au moins et de faire des injections avec de la décoction de guimauve et de pavot.

Nous revoyons la malade le 24 mars, les eschares grisâtres ne sont pas encore tombées ; elle a perdu beaucoup de liquide roussâtre par le vagin, elle est soulagée. Les douleurs aiguës ont cessé dès le jour des piqûres et ne sont pas encore reparues.

Le 8 avril. — Le col est moins gros, mais très sensible au toucher ; les eschares sont tombées et remplacées par de petites ulcérations. Les règles sont apparues il y a six jours et viennent de se terminer ; les coliques ont été beaucoup moins vives, et l'abondance de l'écoulement aurait été moindre, au dire de la malade. On mesure le col :

Diamètre antéro-postérieur 29 millim.
— transversal 37 —

Le 17 avril, les piqûres étant cicatrisées, on refait cinq piqûres avec le Paquelin, trois sur la lèvre antérieure, deux sur la postérieure. Les douleurs sont presque disparues ; il ne reste plus qu'une sensation de pesanteur sur le fondement. L'état général s'est sensiblement amélioré, l'appétit est bon, il n'y a plus de vomissements. Le col est beaucoup moins violacé et un peu plus ferme.

Dans les premiers jours du mois de mai les règles apparaissent accompagnées de fortes coliques. Ecoulement peu abondant.

22 mai. — Les piqûres sont cicatrisées. Douleurs dans le bas-ventre disparues.

Diamètre antéro-postérieur 34 millim.
— .transverse 39 —

20 juin. — Utérus beaucoup moins volumineux, et insensible ; pertes blanches peu abondantes.

21 juillet. — Le col est un peu congestionné, il y a des douleurs depuis quelques jours. On fait cinq piqûres : une sur la lèvre antérieure, deux latéralement, et deux sur la lèvre postérieure.

16 août. — La malade se trouve très bien. Col pâle, non doulou-

reux. Les eschares sont tombées et les ulcérations presque guéries. On mesure le col :

Diamètre antéro-postérieur 37 millim.
— transverse 38 —

Le 15 septembre, la malade vient nous voir une dernière fois. Elle est tout à fait bien portante. Col presque normal, indolore, utérus beaucoup moins gros et redressé.

Diamètre antéro-postérieur 30 millim.
— transverse 31 —

Résultats. — L'un des premiers effets est de calmer la douleur ; ce sont les douleurs aiguës, les irradiations vers les cuisses, les lombes, les élancements qui s'amendent et disparaissent les premiers. Il est fréquent même de les voir diminuer et quelquefois cesser tout à fait, quelques jours après la première cautérisation. Mais la sensation de pesanteur, due à l'augmentation de volume de l'utérus, persiste plus longtemps, et cela se comprend, puisque cet organe ne diminue que lentement ; cependant elle disparaît en général, bien avant que l'utérus soit revenu à son état normal ; en voici la raison : presque toujours, lorsque l'utérus est atteint d'inflammation chronique portant principalement sur le parenchyme, et qu'il est volumineux, il s'abaisse plus ou moins et il n'est pas rare qu'il se dévie soit en avant soit en arrière ; à un moment donné, par suite de l'action du traitement, son volume diminue, il se relève et se redresse, ce qui fait disparaître la sensation de pesanteur sur le fondement, dont les malades se plaignent tant. Nous avons remarqué, à maintes reprises, que cet effet se produisait alors que la malade n'était pas guérie mais notablement améliorée.

Pendant les premiers jours qui suivent les cautérisations, l'écoulement leucorrhéique augmente sensiblement ; la sécrétion muqueuse de l'utérus devient muco-purulente par suite de l'addition du pus venant de la petite plaie faite par le cautère. Cet écoulement diminue assez rapidement et disparaît au bout d'une quinzaine de jours. C'est cette suppuration plus ou moins

abondante selon les cas, et la formation du tissu cicatriciel agissant sur le col par une sorte de compression, en exprimant les liquides contenus dans son épaisseur, qui amènent la diminution progressive non seulement du col, mais bien de tout l'organe. C'est là, certainement, le plus grand résultat qu'on obtienne avec l'ignipuncture et nous pensons qu'aucun autre mode de traitement n'amène aussi vite le retour de l'utérus à son état normal.

L'ignipuncture à une action très notable sur la menstruation. On sait que le plus souvent il y a de la dysménorrhée, plus rarement de l'aménorrhée. Dans ces cas la cautérisation régularise la fonction menstruelle et délivre surtout les malades des douleurs vives qui précèdent et accompagnent ordinairement l'apparition des règles.

La cautérisation du col de l'utérus ne doit donner lieu à aucun accident, si l'on prend les précautions et si l'on suit régulièrement les règles que nous avons formulées plus haut. Lorsqu'il en surviendra, ce sera, dans l'immense majorité des cas, lorsque les malades n'auront pas suivi exactement les recommandations qu'on leur a faites ; les complications qui apparaissent alors sont quelquefois très sérieuses. M. le professeur Richet a vu une fois la mort survenir chez une dame qu'il avait cautérisée, et qui, malgré sa défense formelle, s'était mise en voyage, sitôt après l'opération. Une pelvi-péritonite se déclara et la malade mourut. Quelquefois, cependant, des complications surviennent malgré le repos le plus rigoureux au lit, malgré les soins les plus attentifs. On les combattra énergiquement et on réussira presque toujours à les enrayer et à les guérir.

Nous n'insisterons pas ici sur les soins à donner aux malades après la cautérisation, nous dirons seulement qu'on leur fera garder le repos au lit pendant plusieurs jours en leur faisant prendre des injections émollientes avec la décoction de guimauve et de tête de pavot. Au bout de sept à huit jours on ordonnera des injections froides prolongées. Si l'état général est altéré, il faudra tâcher de remonter la malade par les toniques, le vin de quinquina, le fer, etc.

On a pu voir dans nos observations que nous avons mesuré le col; ces mesures ont été prises avec une pince portant au niveau des anneaux et entre les branches une tige graduée, et nous avons eu soin d'écarter toujours également les valves de notre spéculum. C'est là une précaution très importante à prendre, car sans cela on augmente ou on diminue à volonté les diamètres du col, selon qu'on écarte fort les valves, ou qu'au contraire, on les laisse reposer sur le col. En tâtonnant un peu on arrive facilement à voir quel écart il faut donner aux valves du spéculum.

POLYPES MUQUEUX ET FIBREUX.

OPÉRATION. — AVANTAGES DU FIL D'ACIER. — APPLICATION DE LA CANULE DE GOOCH. — POLYPES FIBREUX ET PLACENTAIRES (1).

Définition des polypes.

Je vous ai parlé dans les leçons précédentes des formes de ménorrhagie qui dépendent d'un état morbide ou anormal de l'utérus ou de sa membrane muqueuse; aujourd'hui, je veux attirer votre attention sur une affection aussi importante qu'aucune des précédentes, affection qui se rencontre fréquemment et cause presque invariablement la ménorrhagie. Je vous parlerai du polype, qu'on peut définir : « le résultat de l'hypertrophie d'une partie de la substance utérine, hypertrophie qui prend la forme d'une excroissance, et devient avec le temps une tumeur distincte, attachée à la paroi utérine soit par une base étendue, soit, plus fréquemment, par un pédicule très distinct ».

La forme et le volume de ces excroissances sont très variables : elles se présentent quelquefois sous la forme de petits corps

---

(1) Extrait des *Leçons cliniques*, de LOMBE ATTHILL (de Dublin), traduction du Dr LAVOIE (de Montréal). — Ouvrage en préparation.

déchiquetés, ayant le volume d'un pois ou d'un petit haricot ; d'autres fois elles constituent de grosses masses occupant toute la cavité de l'utérus qui atteint le même volume qu'au quatrième ou cinquième mois de la gestation, mais, plus souvent, on les rencontre sous un volume intermédiaire. Il se peut que les contractions de l'utérus, semblables à celles du travail ordinaire, soient éveillées par la présence d'un polype et en produisent l'expulsion ; le polype prend alors la forme d'une tumeur extra-utérine. Ce phénomène semble être un effort que fait la nature pour effectuer la guérison, effort souvent couronné de succès.

Lorsque ce fait se produit et que le polype expulsé est tombé dans le vagin, l'hémorrhagie à laquelle il donnait lieu s'arrête et peut même disparaître entièrement.

Outre les *polypes d'origine intra-utérine*, il en est qui croissent dans le canal cervical, immédiatement en dedans de l'orifice utérin, et d'autres sur la surface vaginale de l'utérus.

Les auteurs décrivent plusieurs variétés de polypes, mais pour les besoins de la pratique on peut les réduire à deux classes : *muqueux* et *fibreux*.

Polypes muqueux.

Les polypes muqueux peuvent naître sur toutes les parties de la muqueuse utérine, quoique leur siège favori semble être le canal cervical, et souvent on les voit suspendus à l'entrée de l'organe sous forme d'une petite tumeur d'un rouge vif, qui saigne au moindre contact.

Ces productions deviennent rarement très volumineuses lorsqu'elles dépendent du col. C'est chez la femme d'un cocher que j'ai observé la plus grosse tumeur de cette espèce. Je vis cette femme vingt-quatre heures après son accouchement et je trouvai un polype, du volume d'une orange, qui pendait partiellement en dehors du vagin. Il était attaché au col utérin par un pédicule long et très grêle, le point d'attache étant immédiatement en dedans de l'orifice. La sage-femme qui avait assisté la ma-

lade m'assura que le travail avait été naturel et facile sous tous les rapports et qu'elle ne découvrit le polype qu'après l'expulsion du placenta. La tête dans son passage à travers le vagin avait évidemment détruit par sa pression la vitalité du polype, car, lorsque je le vis, il portait déjà des signes de décomposition. La malade dit qu'ayant soulevé un lourd fardeau vers le troisième mois de sa grossesse elle « sentit quelque chose partir de l'intérieur » et découvrit aussitôt une tumeur à la vulve. Il survint une hémorrhagie abondante qui néanmoins prit fin assez vite et la tumeur disparut. Sa santé continua à être bonne jusqu'à la fin de la grossesse, et si elle n'eût « senti, quand elle se fatiguait, quelque chose à la vulve, » elle n'aurait pas cru qu'il y avait rien d'anormal chez elle. On rencontre rarement un polype de cette grosseur prenant son point d'attache dans le canal cervical.

Nous avons eu un autre exemple de polype muqueux chez une de nos malades, non mariée et âgée de 24 ans. Je dus faire l'examen vaginal pour une hémorrhagie persistante que tous les astringents ne pouvaient arrêter, et je découvris un polype ayant 3 centimètres de long, pas plus gros qu'une plume d'oie ordinaire, et suspendu à l'orifice utérin.

Généralement les polypes muqueux n'atteignent pas le quart de ce volume. Ils sont composés presque entièrement d'une substance molle et gélatineuse. Ils sont très vasculaires et causent souvent des hémorrhagies abondantes qui ne sont pas proportionnées au volume de la tumeur. Ils sont ordinairement attachés au canal cervical par un faible pédicule et perdent facilement leur vitalité. On rencontre souvent plusieurs petits polypes muqueux chez la même malade. Leur texture acquiert quelquefois plus de consistance par la présence d'une plus grande proportion de tissu fibro-cellulaire, et dans ces cas aussi ils atteignent un plus fort volume.

Traitement. — Enlever les polypes muqueux du canal cervical est chose facile une fois qu'on les a découverts. On peut pratiquer la torsion ou les exciser au moyen d'une paire de

ciseaux courbes; mieux encore, on les étrangle avec un fil de fer passé autour du pédicule et on les détache par la torsion du fil au moyen de l'écraseur.

Quoique l'usage de l'écraseur ne paraisse pas nécessaire, il est cependant assez difficile de détacher ces petites tumeurs par la torsion : l'opération est souvent imparfaite, par conséquent il faut la renouveler et renouveler aussi les souffrances de la malade.

Aujourd'hui, pour les enlever, j'emploie toujours le fil de fer; j'ai vu des hémorrhagies tellement abondantes suivre l'excision d'un polype même très petit, que je me suis bien promis de ne jamais me servir à l'avenir du bistouri ou des ciseaux. Dans tous les cas il faut cautériser avec l'acide nitrique le point d'implantation des polypes. Quand ils proéminent hors de l'orifice utérin, il n'y a pas autre chose à faire; mais quelquefois leur point d'attache est plus haut dans le canal cervical, et il faut dilater le canal pour l'atteindre.

La compression a un tel effet sur les polypes que fréquemment il suffit, pour les faire disparaître, que le médecin dilate le col dans le but d'explorer la matrice et de constater la cause de l'hémorrhagie.

La tige de laminaria ayant fait périr par la simple pression le polype cause de l'hémorrhagie, il ne faut pas conclure que le polype n'a pas existé parce qu'on n'a pas constaté sa présence.

On trouve quelquefois les polypes muqueux implantés sur le fond de l'utérus ; ils sont plus difficiles à extraire car la dilatation complète du col est alors nécessaire pour les saisir, les détacher et appliquer largement l'acide nitrique à l'intérieur de la matrice. Voici un polype muqueux que j'ai enlevé chez une malade de cet hôpital : il est très gros; comme vous le voyez, il a le volume d'un œuf d'oie. La malade n'était pas mariée et avait 26 ans. Il y a un an et demi, elle se présenta dans le service externe, se plaignant de l'abondance extraordinaire de ses règles qui l'avait considérablement affaiblie; avec une faible leucorrhée, c'était tout ce qu'elle accusait.

Comme je soupçonnais l'existence d'un polype, je pratiquai l'examen vaginal : l'utérus était d'une grosseur normale ; je ne crus pas devoir en examiner l'intérieur et je me contentai d'administrer l'ergot et le fer. Le traitement parut efficace, et je perdis la malade de vue. Mais il y a peu de temps, elle revint me trouver et me déclara que le mieux n'avait été que temporaire, qu'elle était retombée bientôt dans son premier état, et, de fait, il avait insensiblement empiré. Quand je la revis, l'écoulement durait depuis trois semaines ; je l'admis alors à l'hôpital.

En l'examinant, je découvris un polype intra-utérin considérable : son segment inférieur dépassait l'orifice utérin qui était dilaté de la grandeur d'une pièce de cinq francs. La sonde pénétrait dans l'utérus à la profondeur de 10 centimètres.

La malade étant chloroformisée, je passai un fil de fer autour du pédicule et la tumeur fut enlevée sans difficulté, car, bien qu'elle fût très grosse (elle mesurait 29 centimètres de circonférence), sa texture était si molle que facilement elle fut détachée et sortit par l'orifice utérin. La partie inférieure de la tumeur portait les marques évidentes d'un commencement de décomposition.

Il y a dans ce cas à signaler trois faits cliniques d'une grande importance : 1° ces polypes peuvent n'avoir pour symptômes qu'une menstruation abondante ; 2° la rapidité relative du développement de la tumeur ; 3° leur tendance à disparaître par la perte de leur vitalité. Ce cas nous démontre de plus ce fait, auquel on ne prête pas assez d'attention, que le plus souvent les polypes intra-utérins se rencontrent chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants.

Polypes fibreux.

Je crois les polypes fibreux plus fréquents que les autres et plus difficiles à traiter. On est loin de connaître bien nettement leurs causes déterminantes et leur mode de développement.

Tout ce que l'on sait, c'est que, règle générale, ils tiennent leur origine du tissu sous-muqueux utérin, qu'ils se composent d'éléments fibro-celluleux denses, et qu'invariablement ils sont recouverts par la membrane muqueuse.

Ce sont en effet des excroissances « formées aux dépens de la substance de l'utérus, dont la muqueuse, le tissu musculaire et le tissu fibreux fournissent les éléments dans des proportions diverses et qui se développent dans la cavité utérine. » (Paget).

Ces polypes sont généralement nourris par des vaisseaux sanguins nombreux, mais rarement de calibre important. Il y a des polypes de toute grosseur, et la quantité de l'hémorrhagie n'est pas nécessairement en proportion de leur volume. Ils peuvent être petits et sessiles; plus souvent ils sont rattachés à la paroi utérine par un pédicule bien défini dont l'épaisseur et la longueur varient beaucoup. On rencontre rarement plus d'un polype fibreux dans la matrice, cependant j'ai observé des exceptions à cette règle, et je dois à l'obligeance de mon ami le Dr Kidd d'avoir vu une malade chez laquelle il enleva neuf polypes en une seule séance.

Généralement les polypes fibreux prennent naissance au fond de l'utérus ; on en rencontre néanmoins qui sont fixés à d'autres parties des parois utérines. Quel que soit le point d'attache, la marche est la même : le polype devient de plus en plus gros, tandis que la matrice, stimulée par sa présence, augmente également de volume et devient plus dure; on la sent même quelquefois jusqu'au-dessus du pubis. Si rien n'est fait pour arrêter sa marche et qu'il soit *pédiculé*, le polype sera, à un moment donné, expulsé par la matrice, il deviendra tumeur extra-utérine et on pourra le voir à la vulve. Cette marche n'est pas toutefois la plus commune. Généralement l'hémorrhagie, qui presque invariablement accompagne le polype, abat la malade et la force à demander des soins longtemps avant que la maladie atteigne cette période et une mort prématurée l'enlève si elle n'obtient pas un secours indispensable.

Symptômes. — Trois symptômes révèlent la présence d'un

polype : l'hémorrhagie, la leucorrhée, la douleur. Je puis dire que l'hémorrhagie existe pour ainsi dire sans exception. La malade remarque d'abord que la menstruation est plus abondante que d'habitude : elle dure plus longtemps et dans l'intervalle il existe de la leucorrhée ; généralement aussi la malade se plaint de douleurs au-dessus du pubis et dans la région des ovaires.

A partir de la puberté aucun âge n'est exempt de cette affection. Voici quatre spécimens de polypes fibreux utérins qui ont été enlevés à des femmes âgées respectivement de 24, 36, 46 et 53 ans; les deux premières étaient des femmes non mariées. Vous m'avez vu enlever récemment le premier de ces polypes chez la femme M. D..., qui vient de quitter l'hôpital. Ce cas est très intéressant et très instructif. Il y a plusieurs années M. D..., remarqua que ses règles étaient plus abondantes que de coutume; elles ont continué ainsi depuis. Elle éprouva l'année dernière pour la première fois de la douleur dans l'hypochondre gauche où il y avait un point sensible au toucher; lorsqu'elle se couchait de ce côté elle souffrait beaucoup, mais malgré tout elle était capable de travailler comme servante. Vers le 8 août dernier, la menstruation parut subitement et en assez grande abondance pour causer une syncope. Un ou deux jours après elle fut admise à l'hôpital. Il y avait peu ou point d'écoulement, mais l'hémorrhagie avait été tellement alarmante que, bien qu'elle fût vierge, je jugeai nécessaire de pratiquer l'examen vaginal. Le vagin était un peu relâché, le col paraissait sain, mais le corps de l'utérus était antéfléchi et pesant. La sonde pénétrait à 7 centimètres 1/2 de profondeur. La cause de l'hémorrhagie restait encore incertaine; aussi, suivant ma règle invariable en pareille circonstance, je procédai à la dilatation du col et réussis avec quelque difficulté à introduire plusieurs tiges de laminaria. Lorsque j'essayai de les retirer, après vingt-quatre heures, j'éprouvai beaucoup de difficulté : l'orifice interne était tellement rigide qu'il avait empêché les tiges de se dilater en ce point au même degré que dans la cavité utérine et qu'elles se trouvaient étranglées à leur centre. Après

avoir réussi à retirer les premières, j'en introduisis un plus grand nombre et, le jour suivant, je trouvai le col complètement dilaté dans toute son étendue. En portant le doigt dans l'utérus je découvris un polype considérable attaché par un pédicule court et épais à la paroi interne de la matrice, près du fond ; l'antéflexion apparente de la matrice était due au polype qui projetait en avant la paroi antérieure ainsi qu'on le voit dans la figure 1. Pour pratiquer cet examen on a dû saisir au moyen d'une pince-érigne la lèvre antérieure, et attirer en bas l'utérus de la manière indiquée dans ma dernière leçon.

Après avoir établi la position, le volume et la forme du polype, il fallut procéder à son extraction. Je vais vous décrire, dans tous ses détails, le manuel opératoire qui fut suivi dans cette circonstance, et vous connaîtrez le mode d'opérer dans tous les cas semblables.

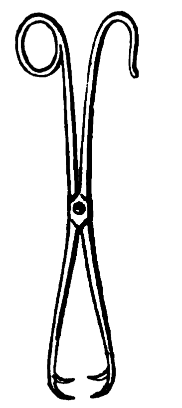




FIGURE 1. — Pince-érigne.

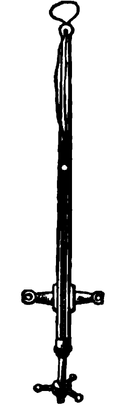


FIG. 2. — Ecraseur.

Opération du polype fibreux. — La lèvre antérieure ayant été saisie avec une pince-érigne et l'utérus attiré aussi bas que possible, j'introduisis l'index de la main droite jusqu'à ce qu'il eût atteint le polype. Je pris alors, avec la main gauche, une autre pince-érigne très forte (voyez la fig. 1), je la portai jusqu'au polype en la guidant sur le doigt et je saisis fermement

la tumeur. Ce dernier instrument étant confié à un aide, je retirai le premier qui tenait la lèvre antérieure (ceci pour laisser plus de place libre dans le vagin, mais si le polype n'est pas résistant, on ne doit pas laisser aller la lèvre saisie par l'érigne).

J'exerçai alors une forte traction sur le polype avec la pince-érigne qui le maintenait et je l'attirai aussi bas que possible dans le bassin. J'introduisis un long écraseur ressemblant beaucoup au modèle proposé par le Dr Braxton Hicks (fig. 2), et armé d'un fort fil de fer, dans l'anse duquel furent passées les branches de la pince, de manière à les entourer. Tout en la maintenant en contact avec le doigt, la pointe de l'écraseur fut conduite jusqu'au polype, et le fil, après quelques manœuvres assez difficiles, glissa sur la face supérieure du polype (fig. 3).

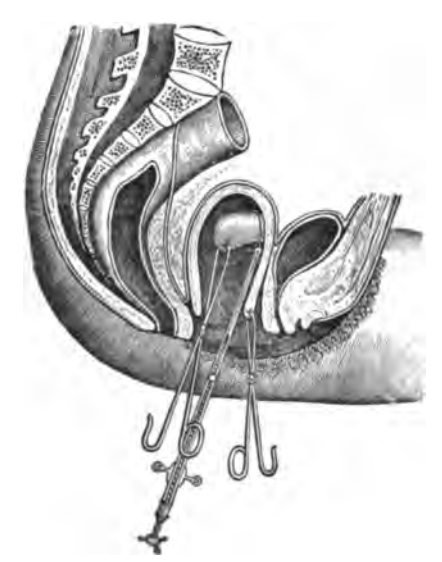


FIG. 3. — Ecraseur appliqué pour la section d'un polype.

La pointe de l'écraseur fut alors pressée fortement contre le bord inférieur du pédicule et fut tenue *en contact aussi absolu que possible* près de son point d'attache à la paroi utérine. Ce détail

est très important, car si on ne place pas l'instrument comme je l'indique, le fil ne sera pas directement appliqué sur la base du pédicule et la tumeur ne sera pas enlevée complètement. Je fis ensuite fonctionner l'écraseur; le pédicule fut promptement sectionné et le polype retiré avec la pince-érigne. Toute la face interne de la matrice fut, après l'opération, cautérisée avec l'acide nitrique fort, dans le double but de prévenir l'hémorrhagie et de faire disparaître tout état morbide de la muqueuse utérine qui aurait pu exister. La malade avait été chloroformisée pendant l'opération. Elle se rétablit sans la moindre complication, put marcher dans la salle quelques jours après; enfin, la menstruation a été depuis parfaitement normale.

Cette opération, si facile à décrire, est très difficile à pratiquer. Le polype n'est pas accessible à la vue et ce n'est qu'avec peine que le doigt l'atteint, même lorsqu'il est attiré en bas par la pince; l'espace dans lequel vous agissez est tellement encombré par les deux instruments et le doigt, qu'on serait tenté quelquefois de se désespérer et de renoncer à passer le fil autour de la tumeur; même quand vous y êtes parvenu, il arrive que le fil se casse et que tout est à recommencer. Cet accident m'est arrivé deux fois en opérant la femme chez laquelle j'ai extrait le plus gros de ces polypes fibreux.

Je me suis servi d'un fil de fer très fort dans l'observation précédente, et, quoique la base de la tumeur eût 2 centimètres de diamètre, sa force fut suffisante; néanmoins, si le pédicule est très gros, un seul fil peut, comme nous l'avons déjà dit, ne pas suffire. Je me servais autrefois d'un assemblage de plusieurs fils fortement tordus ensemble, mais il arrive que quelques-uns d'entre eux manquent et que les bouts cassés s'enfoncent dans les parties molles ou s'enroulent autour de l'extrémité de l'écraseur, de façon à l'empêcher de fonctionner; j'y ai donc renoncé et maintenant je me sers, excepté lorsque le pédicule est mince, d'un fort fil d'acier semblable à celui dont on fait les cordes de piano. C'est au Dr Kodel que nous devons l'introduction du fil d'acier dans la pratique de cette opération.

Bien qu'il soit très rigide, sa manipulation dans l'utérus n'est guère plus difficile que celle du fil de fer si flexible, parce que l'anse d'acier, que l'on fait passer à travers l'orifice utérin, après avoir été nécessairement comprimée, se détend, en vertu de sa propre élasticité, en arrivant dans la cavité utérine.

La grande difficulté qu'on éprouve à saisir un polype intra-utérin avec le fil ou la chaîne, a conduit le Dr Marion Sims à inventer un écraseur intra-utérin, qui est une merveille d'ingéniosité, mais qui est aussi très compliqué et n'a pas rempli le but pour lequel il a été fait. Je m'en suis servi deux fois et il m'a été impossible de l'appliquer : j'ai donc dû l'abandonner complètement. Cette déception m'a conduit à chercher si on ne pourrait pas construire un instrument qui, moins compliqué, répondrait cependant au besoin de l'opérateur, et je fis faire l'écraseur représenté par la figure 4. Il ne diffère du long écraseur ordinaire à fil, que par la tête, qui a été modifiée de manière à pouvoir y passer deux petits tubes en argent, identiques aux « canules de Gooch » si connues. Ces tubes (*a*, *a*), armés d'un fil (*b*, *b*) dont la force varie, sont portés facilement jusqu'à la base du polype ; on les écarte l'un de l'autre, et, tout en maintenant l'un d'eux fermement, l'autre est passé autour du pédicule. Cette manœuvre est très facile lorsqu'on se sert d'un fil de soie ou de chanvre, mais on ne parvient qu'avec beaucoup de difficulté à passer avec les tubes un fil rigide autour d'une tumeur de forte dimension. Toutefois, j'ai déjà réussi, et cette méthode a produit de temps à autre de bons résultats. Après avoir passé le fil autour de la tumeur, on introduit les canules dans les ouvertures (*c*, *c*) situées à l'extrémité de l'écraseur ; on pousse alors l'écraseur, guidé par les canules, jusqu'au contact du pédicule, puis on les retire ; on attache le fil en *d* et en *e* et l'opération se complète comme avec l'écraseur ordinaire à fil. En un mot, ce n'est qu'une application des canules de Gooch à l'écraseur.

Aucune partie de la chirurgie utérine n'a fait plus de progrès que le *traitement du polype intra-utérin*. Avant la découverte du procédé pour la dilatation du col, il était impossible de dia-

gnostiquer, d'une manière certaine, la présence des polypes. L'hémorrhagie et la leucorrhée utérine pouvaient bien les faire soupçonner, mais rien de plus ; tandis qu'aujourd'hui, pour nous servir des expressions du Dr Marion Sims, « non seulement on peut constater avec une certitude parfaite leur existence, mais encore leur volume, leur forme, leur position, leur relation et leur point d'attache », et on peut, au moyen de l'écraseur, les enlever en peu de temps, sans causer de dou-

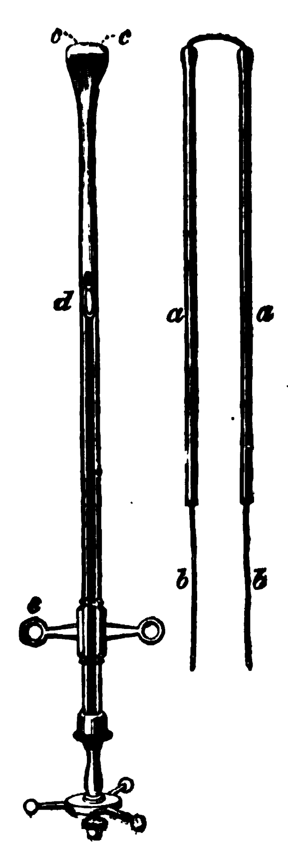


Fig. 4. — Écraseur d'Atthill.

leurs à la malade, qui est soumise à l'influence du chloroforme, et sans lui faire courir le moindre danger pour sa vie.

Le polype fibreux peut prendre racine à la partie vaginale du col, aussi bien qu'à l'intérieur de l'utérus; il s'opère alors facilement, car, à moins qu'il ne soit bien volumineux, on peut aisément l'entourer avec le fil ou la chaîne d'un écraseur et l'enlever en quelques minutes. Ces polypes, de même que ceux qui, nés à l'intérieur de la matrice, ont été plus tard expulsés de l'organe, ne provoquent pas d'hémorrhagies aussi abondantes que ceux qui demeurent à l'intérieur de l'utérus. Le Dr Mac Clintock rapporte de ce fait un exemple remarquable dans son ouvrage « *on Diseases of women* ». Il enleva du vagin, chez une femmé âgée de 50 ans, un énorme polype fibreux, du poids de 1 kilogramme, et la malade n'avait remarqué aucun écoulement sanguin que deux ans avant l'opération.

Voici une sorte de polype tout à fait remarquable (fig.5). Tel que vous le voyez il était attaché à l'utérus par un double pédicule. La malade qui le portait fut admise à l'hôpital pour cause de menstruation excessive. A l'examen vaginal on découvrit une vaste tumeur, dure et faisant projection dans le vagin à travers l'orifice utérin. A la partie antérieure et surtout du côté droit, on pouvait suivre cette tumeur jusqu'à l'orifice externe dont la lèvre antérieure se continuait avec elle; elle présentait l'apparence d'un polype sessile, émergeant du bord de l'orifice utérin et du segment inférieur dn canal cervical. En passant le doigt à la face postérieure du polype et en le portant aussi haut que possible, on ne pouvait pas atteindre la partie supérieure de son point d'attache. La sonde pénétrait à trois pouces plus loin que le doigt, qui ne pouvait aller dans cette direction.

Après avoir anesthésié la malade, j'attirai en bas la tumeur au moyen d'une pince-érigne et après quelque difficulté je réussis à passer au-dessous de la face postérieure du polype un fil d'acier attaché à un long écraseur. Le fil cassa avant que la constriction fût bien avancée, ce qui démontrait l'extrême densité et l'épaisseur du pédicule. Je passai de la même manière autour de la tumeur un autre fil d'acier très fort, mais sans

plus de succès : le fil céda de nouveau ; une troisième tentative avec une forte corde de piano eut pour résultat de briser l'écraseur. N'ayant pu réussir avec l'écraseur, je résolus d'exciser la tumeur, si c'était possible, avec une paire de ciseaux courbes. L'extrême densité du tissu occasionna beaucoup de difficulté et après une perte de temps considérable, je parvins à couper la partie qui se trouvait attachée à la lèvre antérieure. Mon désappointement fut grand lorsque, cela fait, je constatai que je n'avais pas atteint le véritable pédicule et que la tumeur s'implantait beaucoup plus haut. La section du pédicule antérieur me donnait alors plus d'espace, j'attirai la tumeur aussi bas que possible avec la pince-érigne et je complétai l'opération,



FIG. 5. — Tumeur fibreuse avec double attache.

qui fut faite à l'aide des ciseaux et du bistouri. Il s'ensuivit une hémorrhagie considérable, dont je ne pus venir à bout en appliquant le cautère actuel et je dus porter dans l'orifice une mèche de coton saturée de perchlorure de fer et de glycérine, puis tamponner le vagin avec de la charpie. Quelques heures après survint un vomissement violent et incessant. Je l'attribuai à l'irritation causée par le tampon, je l'enlevai et le vo-

missement cessa. Il ne survint pas d'autre symptôme défavorable et la malade se rétablit promptement et complètement.

L'examen de la tumeur démontra que c'était un polype fibreux. Il pesait 250 grammes et sa plus grande circonférence mesurait 19 centimètres; celle du véritable pédicule était d'au moins 10 centimètres. Ce qu'il y a de plus remarquable à noter dans cette observation, c'est que le polype avait deux pédicules. Il semblerait que la tumeur se soit complètement repliée sur elle-même et que son extrémité libre se soit intimement réunie au côté droit de l'orifice utérin de manière à constituer avec le col un tout uniforme. C'est ce que représente la figure 5. Je présume que cette réunion a été provoquée par quelque poussée inflammatoire survenue au moment où l'extrémité libre du polype arrivait à l'orifice utérin; mais la tumeur ayant continué à se développer et sa descente se trouvant arrêtée par cette réunion accidentelle de son extrémité libre avec la lèvre antérieure, la partie centrale fut forcée de descendre et devint ainsi la partie libre et pendante. La longueur du polype dans l'utérus même mesurait 13 centimètres depuis le pédicule jusqu'à la pointe; enlevée et dépliée elle mesurait 18 centimètres.

L'état d'anémie chez cette femme était prononcé, l'action du cœur extrêmement faible, c'est ce qui m'engagea à choisir l'éther comme anesthésique; le résultat fut satisfaisant, il n'y eut pas de période d'excitation et d'agitation, ni de vomissement. Le pouls s'est maintenu pendant toute l'opération, qui a duré près d'une heure et quart, sans qu'on fût obligé de discontinuer l'éther. Le vomissement qu'elle eut ensuite, et dont j'ai donné la cause, ne peut être mis sur le compte de l'anesthésique.

Outre les *deux variétés de polypes* dont je viens de parler, et qui sont certainement développées aux dépens de quelque partie de la substance utérine, il en est deux autres admises par les pathologistes et que je dois mentionner. L'une, comprenant *les polypes fibrineux*, est regardée par quelques auteurs comme étant le résultat d'un avortement : « Après que l'embryon a été expulsé, ce qui reste de l'œuf forme avec le sang

extravasé, la base d'un polype fibrineux ; » d'autres prétendent que « ces tumeurs sont le produit de caillots de sang menstruel retenus, métamorphosés et devenus adhérents ». *La seconde variété de polypes serait constituée par des restes de placenta* qui auraient la propriété de donner naissance à des polypes utérins ; cette opinion a surtout été soutenue par le Dr Stadfeldt (de Copenhague). C'est dans son travail, traduit par feu le Dr W. de Moore dans le *Dublin Quarterly Journal*, novembre 1863, que j'ai puisé les citations que j'ai faites plus haut, et je le recommande à ceux qui voudraient acquérir des connaissances plus étendues sur ce sujet. Le Dr Stadfeldt ne croit pas que les débris insignifiants de placenta qui restent presque toujours dans la matrice après l'accouchement et plus tard sont expulsés avec les lochies, soient capables, s'ils sont retenus, de donner naissance aux « *polypes placentaires* » ; il est d'avis » qu'il faut que ces parties de placenta aient au moins la grosseur d'un œuf d'oie, qu'elles renferment un ou deux cotylédons », et qu'elles soient fortement attachées à la paroi utérine.

Malgré l'argumentation habile du Dr Stadfeldt, je ne pense pas que son opinion soit suffisamment corroborée par les faits sur lesquels il s'appuie, et qui se réduisent à ceci : il cite quatre cas où il fut trouvé, après la mort, de larges portions de placenta adhérentes à l'utérus chez des femmes qui étaient accouchées récemment. Le plus long intervalle écoulé entre la délivrance et la mort ne dépassait pas quatre semaines ; dans les autres observations ce laps de temps n'est que de quelques jours. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait rencontré des cas semblables.

Chez la femme dont je vous ai parlé à la fin de ma dernière leçon, j'enlevai une portion de placenta qui avait été retenue dans la matrice pendant, au moins, dix semaines après l'accouchement ; il n'y a pas de doute que pendant ce temps les adhérences qui la retenaient attachée à sa paroi utérine ont été graduellement détruites, et que c'est par la traction que j'exerçai qu'elles furent complètement brisées. Ce qui rend

très probable l'adhérence avec l'utérus, c'est que la partie que j'enlevai ne présentait aucun signe de décomposition ; cependant, il y a loin de la persistance de la vitalité dans une partie de placenta restée adhérente à l'utérus à la possibilité de sa transformation en polype.

Je puis ici mentionner ces petits corps mous, d'apparence nacrée, que l'on rencontre quelquefois en dedans du col utérin et qui sont souvent improprement appelés « *polypes cystiques* ». Ils sont formés par un liquide albumineux et gélatineux, renfermé dans une membrane délicate. Ils paraissent souvent n'être qu'une simple hypertrophie ou un développement des glandes de Naboth, mais ce sont aussi parfois de nouvelles productions. Je vous ai dernièrement fait observer un exemple de cette dernière variété de tumeurs chez une de nos malades qui portait un de ces polypes développé sur une des lèvres de l'orifice utérin ; il avait l'apparence et la grosseur d'un grain de raisin et n'avait pas occasionné d'hémorrhagie. En essayant de le saisir avec une pince, on le rompit et son contenu fut évacué. Je cautérisai avec l'acide nitrique fumant le point d'attache, et lorsque la malade se présenta de nouveau à l'hôpital quelques jours après, toute trace de tumeur avait disparu. Parmi les cas que j'ai pu observer, aucun n'a dépassé la grosseur d'un grain de raisin ou d'une noix et je ne les ai jamais vu s'attacher plus haut dans la matrice. Ils sont implantés presque invariablement sur quelque point du canal cervical. sont toujours sessiles, c'est-à-dire qu'ils reposent directement sur leur point d'implantation, sans être maintenus par un pédicule ; on en rencontre deux et souvent plus à la fois. Une fois découverts, on les détruit facilement par la compression ou la torsion. Situés en dedans du canal cervical, ils provoquent un écoulement glaireux et presque toujours des hémorrhagies.

REVUE CLINIQUE.

DYSTOCIE PAR CLOISONNEMENT DIAPHRAGMATIQUE DU VAGIN VERS SA PARTIE MOYENNE. — PERFORATION AVEC LE DOIGT. — APPLICATION DU FORCEPS. — ENFANT VIVANT. — GUÉRISON DE LA MÈRE.

Par le Dr Pilat.

Le 28 octobre 1881, vers 8 heures du soir, nous fûmes appelé par un confrère pour l'aider dans un accouchement dont le travail durait depuis plus de vingt-quatre heures. La femme qui fait le sujet de cette observation était primipare, d'une constitution moyenne, âgée de 28 ans; elle avait eu ses règles pour la dernière fois dans la seconde quinzaine du mois de janvier de la même année, elle était par conséquent à terme. Dysménorrhéique, elle était en outre atteinte depuis longtemps d'atrésie du vagin.

Pendant les sept premières années de son mariage, qui remonte à huit ans, elle n'avait pu avoir de rapports avec son mari. Ce n'est que depuis un an que les rapprochements, assez incomplets, du reste, avaient pu s'effectuer.

A chaque époque menstruelle elle éprouvait pendant plusieurs jours des douleurs vives dans la partie inférieure de l'abdomen; le flux menstruel était peu abondant et durait à peine deux jours.

L'auscultation pratiquée tout d'abord nous fit reconnaître les bruits du cœur du fœtus, à gauche, ayant leur summum d'intensité vers la partie moyenne de la ligne allant de l'ombilic à l'éminence iléo-pectinée. Par le palper abdominal, on sent le dos à gauche, les fesses à droite vers l'ombilic, et les petits membres également à droite.

Au détroit supérieur, à gauche et en avant, on perçoit une tumeur formée par la partie qui se présente; à droite et en arrière, même tumeur; le vide existe en avant, la tête du fœtus paraît fortement engagée. Les douleurs sont franchement expulsives, néanmoins le travail n'avance pas depuis plusieurs heures.

Le toucher vaginal, pratiqué en dernier lieu, nous fait reconnaître la présence de la tête dans l'excavation, fortement appuyée sur le pubis; les culs-de-sac du vagin sont peu prononcés à l'exeeption du postérieur. La tête est séparée du doigt par une épaisseur assez grande de parties molles. Sur cette tumeur arrondie, nous cherchons en vain l'orifice de l'utérus; un examen complet nous fait sentir deux brides ou replis peu saillants : un à gauche l'autre à droite; ils paraissent formés par la muqueuse et partent d'une surface rugueuse qui ressemble à une cicatrice. Nous croyons d'abord avoir affaire à une cicatrice du col de la matrice, mais en pressant avec le doigt sur cette surface, nous sentons une légère fluctuation; il semble qu'il y a une cavité derrière cette cloison, et en appuyant fortement le doigt, nous sentons celui-ci s'enfoncer légèrement et passer bientôt à travers un orifice résultant de la déchirure de la cicatrice; aussitôt l'orifice résultant de la déchirure s'élargit. et présente un diamètre de 4 à 5 centimètres, et le doigt appliqué sur la face postérieure du diaphragme peut parcourir un espace vide situé en arrière et séparé du col de l'utérus; celui-ci, situé en arrière et à gauche, est effacé complètement, mais non dilaté; il présente seulement une petite dépression à son centre. Nous reconnaissons alors qu'il y a une agglutination de l'orifice externe qui est occupé par une trame filamenteuse peu résistante qui cède sous la pression du doigt. Les contractions utérines aidant, le col s'entr'ouvre bientôt et présente les dimensions de l'orifice de la cloison vaginale.

A partir de ce moment le travail marche régulièrement, mais lentement, et, vers minuit, il fut possible d'extraire le fœtus avec le forceps. L'enfant vint au monde parfaitement vivant, la délivrance se fit naturellement et les suites de couches suivirent une

marche normale; on fit des injections vaginales émollientes, mais les lochies durèrent un peu plus que d'ordinaire.

Nous avons revu cette femme deux mois et demi après son accouchement; il existait alors, à 2 centimètres de la vulve et sur tout le pourtour du vagin, de petits lambeaux cicatrisés semblables aux caroncules myrtiformes. Vers cet endroit le vagin paraissait un peu rétréci. En portant le doigt plus profondément, nous pûmes arriver jusqu'au col de l'utérus dont l'orifice externe présentait la forme d'un entonnoir; les lèvres amincies faisaient corps avec le vagin et étaient très minces. Les règles n'avaient pas reparu depuis l'accouchement.

Réflexions. — Dans le cas que nous venons de rapporter, le cloisonnement du vagin existait bien certainement avant la grossesse, mais il était incomplet, car sans cela la conception n'aurait pu avoir lieu; tout dans les antécédents nous porte à penser qu'il en était ainsi. Ici il n'avait pas été possible de reconnaître le cloisonnement avant le travail, car la femme n'avait présenté pendant le cours de sa grossesse rien d'anormal qui pût faire supposer une pareille anomalie et engager à pratiquer le toucher vaginal. Le cloisonnement n'est devenu complet que pendant le cours de la grossesse, par suite, sans doute, d'une irritation développée au pourtour de l'orifice, par suite du traumatisme produit par les rapprochements sexuels. Les cas dans lesquels le doigt est parvenu à rompre la cloison sont assez rares. Roth en rapporte un exemple, mais avant d'agrandir l'ouverture il avait eu recours à une pince pour déchirer la cloison à son centre; ici l'action du doigt n'a été que secondaire.

Si le cloisonnement avait pu être reconnu pendant la grossesse, on eût pu pratiquer le débridement par des incisions multiples qui auraient pu prévenir les difficultés qu'a rencontrées l'accoucheur au moment du travail, et qui pouvaient donner lieu à des accidents divers. Toutefois, en pratiquant les incisions tardivement et à une époque rapprochée de l'accouchement, à huit mois par exemple, on expose la femme à un accouchement

prématuré comme cela s'est vu quelquefois, ou bien à des dangers d'infection purulente, par suite de la suppuration abondante des lambeaux. Le débridement au moment du travail a aussi d'autres dangers à redouter; on peut, comme cela s'est vu, léser les organes voisins, tels que le canal de l'urèthre, la vessie, quand la tête du fœtus, fortement engagée dans le bassin, comprime et distend les parties voisines et la cloison ellemême.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Verneuil présente la **chaîne d'écraseur modifiée par M. Desprès** (de Saint-Quentin), modification en vertu de laquelle la chaîne, montée sur des branches libres, a la souplesse d'une corde, et peut être introduite facilement, même à travers les vulves les plus étroites.

A l'appui de cette assertion, M. Desprès (de Saint-Quentin) adresse une observation avec pièce pathologique, relative à un polype fibreux de l'utérus qu'il a enlevé à l'aide de sa chaîne sur une jeune fille de 25 ans encore vierge.

(*Séance du* 8 *novembre* 1881.)

Vaccin animal. — M. Pietra-Santa lit un mémoire intitulé : Les deux vaccins et la valeur préservatrice du vaccin animal. Cette étude comprend un grand nombre de statistiques tant françaises qu'étrangères, à l'appui de la vaccination animale. L'auteur s'efforce de prouver que cette dernière permet d'obtenir des vaccinations et revaccinations utiles, efficaces et préservatrices Cette méthode, selon lui, a fait ses preuves et peut rendre des services à l'hygiène publique. Il insiste enfin sur son utilité avant l'extension de la variole et même pendant son éruption.

(*Séance du* 13 *décembre* 1881.)

Nouveau cowpox. — M. DEPAUL lit, au nom de M. le Dr Dubreuilh, (de Bordeaux), une note sur un nouveau cowpox, découvert par M. Landeau sur une vache de 11 ans.

(*Séance du* 3 *janvier* 1882.)

Tumeurs fibreuses apportant un obstacle à l'accouchement. — M. DEPAUL a observé un cas de tumeur fibreuse apportant un sérieux obstacle à l'accouchement. Le pédicule de la tumeur était gros; il avait 5 à 6 centimètres de surface qui devait être coupée; il dut même emprunter une portion de tissu propre du col. La tumeur lui tomba dès lors dans la main. Elle fut pesée immédiatement; son poids était de 1.790 grammes.

La tumeur enlevée, une main fut introduite dans l'utérus pour hâter l'accouchement; les doigts recourbés au niveau des aines ne suffisant pas, il fallut employer un crochet mousse qui entraîna le fœtus petit à petit.

Quelques minutes après, ce dernier criait et respirait avec force au grand contentement de l'opérateur. Quant à la mère, elle va très bien, n'a aucune douleur; les écoulements vaginaux sont normaux.

Au microscope, la tumeur présente tous les caractères des corps fibreux utérins; elle renferme du tissu conjonctif, des fibres muscuaires, de petites cavités renfermant du sang.

Les cas de corps fibreux, siégeant dans le corps de l'utérus, chez les femmes enceintes ou en travail ne sont pas rares, mais les cas de corps fibreux du col, surtout quand ils atteignent ce volume, ne sont pas très communs.

Il en existe deux ou trois cas dans la science. Un d'eux a été présenté à l'Académie par M. Danyau en 1851, un autre est rapporté par Cazeaux dans son « Traité d'accouchements »; enfin on en a rapporté un troisième dans une thèse récente. Cette dernière tumeur ne dépassait guère 5 à 600 grammes; on a dû faire l'opération césarienne pour extraire l'enfant.

M. Depaul a vu d'autres cas de ce genre, sauf pour ce qui est du volume de la tumeur; il en a observé une avec M. Guyon; la tumeur était grosse comme un œuf aplati, au septième mois de la grossesse; il conseilla l'abstention et comme il n'a plus eu de nouvelles de la malade, il suppose qu'elle a accouché sans encombre.

Les faits de ce genre sont rares; aussi croit-il important d'appeler l'attention des médecins sur leur possibilité. Il faut surtout être prévenu qu'elles peuvent simuler un placenta décollé, erreur qui, on le conçoit, serait entièrement préjudiciable pour le malade.

M. Blot, à propos de cette communication, croit devoir rappeler un cas qu'il a observé il y a vingt-cinq ans. Ce n'était pas une tumeur du col, mais bien la lèvre antérieure de cet organe, qui avait été propulsée jusqu'à la vulve, où elle pendait œdématiée, violette, gorgée de sang. Cette lèvre, et c'est en cela que cette observation se rapproche de la précédente, simulait un placenta décollé et avait été considérée comme telle.

(Séance du 17 janvier 1882.)

Paul Rodet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Guéniot fait un rapport sur un travail de M. Eustache, de Lille, intitulé : **Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin. Modification du procédé du professeur Le Fort.**

Ce travail est basé sur cinq observations. Dans deux, le procédé de M. Le Fort a été mis en pratique sans succès. M. Eustache a fait alors l'avivement sur une largeur de 4 à 5 centimètres, et aussi haut que possible en longueur. Il a substitué aux fils d'argent, qui coupent et qui sont difficiles à enlever, ceux de catgut, qui se résorbent dans la plaie.

Des trois autres malades, deux ont été revues six mois après l'opération, la troisième après un délai moindre.

M. Després. Toutes les opérations ayant pour but de combattre la chute de l'utérus sont inutiles, parce que c'est l'insuffisance du périnée qui permet à l'utérus de sortir du vagin.

M. Le Fort. Si M. Eustache n'a fait qu'un avivement linéaire, il m'a mal compris. J'ai recommandé un avivement de 2 centimètres de large sur 6 de long. La question des fils me semble insignifiante. M. Després semble ne connaître avec précision ni l'opération qui l'a précédé, ni les cas où on l'a exécutée. Les procédés de suture du

vagin, de la vulve ou du périnée n'ont rien de commun avec ce que je fais. Si l'utérus tombe, cela ne tient nullement à l'insuffisance du périnée. C'est quelquefois cet organe lui-même qui entraîne les parois vaginales, parce que ses liens propres sont relâchés, mais souvent c'est une cystocèle qui se produit d'abord, puis les parois vaginales et enfin l'utérus participent au prolapsus. Quand le vagin a été suturé par mon procédé qui le partage en deux canaux parallèles, la récidive n'est possible qu'à la condition que l'utérus passe par un de ces canaux, ce qui du reste peut avoir lieu, je le reconnais.

M. Lucas-Championnière, après avoir fait une fois l'opération de Sims et avoir constaté au bout d'un an que la guérison s'était maintenue, pense que l'opération de M. Le Fort serait plus sûre encore.

(*Séance du 16 novembre 1881.*)

Sur une observation d'inversion utérine de M. Chavernac, par M. Périer.

Il s'agit d'une femme d'une soixantaine d'années qui était accouchée pour la dernière fois à l'âge de 28 ans. Elle avait été, de la part de la sage-femme, l'objet de manipulations intempestives, accompagnées de violentes douleurs et suivies d'une forte hémorrhagie. La malade avait éprouvé après ces manœuvres une sensation de plénitude dans le vagin. Depuis lors chaque époque cataméniale avait été accompagnée d'hémorrhagies profuses qui avaient un peu altéré sa santé sans l'empêcher de vaquer aux soins de son ménage. Elle ne croyait pas avoir franchi la ménopause malgré ses 58 ans, car elle avait toujours eu des pertes qui revenaient par intervalles irréguliers. Depuis quelque temps déjà, elle avait de l'œdème des membres inférieurs.

Un médecin auquel elle s'adressa prit la tumeur pour un polype, la saisit avec des pinces de Museux, l'attira en dehors en provoquant de violentes douleurs lombaires ; il essaya des mouvements de torsion, mais la douleur fut si vive qu'il dut les cesser à l'instant. Une ligature avec un fil de crin ciré fut alors faite sur le pédicule et la constriction fut faite à l'aide d'un serre-nœud. Les douleurs devinrent plus vives que par la torsion, et la femme, qui n'était pas anesthésiée demanda à grands cris que l'on arrêtât la constriction. Des

nausées et des vomissements se manifestèrent de suite. L'opération suspendue, la tumeur fut refoulée dans le vagin. Potion opiacée. Quelques heures après, hémorrhagie grave qui dura quatre heures. C'est alors qu'on fit appeler le Dr Chavernac.

La malade était fort affaiblie, les yeux hagards, les lèvres violacées. La respiration était rapide, saccadée ; le pouls petit, filiforme, précipité ; la peau, froide, inondée d'une sueur profuse. La malade poussait des cris déchirants, se plaignait de vives douleurs dans les reins, les cuisses et dans la jambe gauche qu'elle ne pouvait plus remuer ; ce membre en effet était devenu complètement paralysé immédiatement après la ligature.

Sous l'influence des efforts la tumeur était ressortie et faisait une saillie de 7 à 8 centimètres hors de la vulve ; elle avait le volume du poing, saignante, turgescente et d'une couleur lie de vin. Sa surface était sillonnée de rides circulaires et transversales ; son sommet était déchiqueté, meurtri, comme dilacéré ; le pédicule était uni et rosé. A la palpation elle donnait la sensation d'une cavité dans son intérieur, et en la pressant entre les doigts, on arrivait à produire le contact des parois. Le col utérin paraissait presque effacé, comme au moment de l'accouchement, un peu avant la dilatation complète ; entre le col et la tumeur il existait une gouttière circulaire terminée fortement en cul-de-sac, signe certain d'un renversement utérin. Par le toucher rectal et le palper abdominal combinés, on pouvait s'assurer que l'utérus n'occupait pas sa place habituelle.

Le Dr Chavernac coupa immédiatement le fil, la tumeur fut refoulée dans le vagin, et des tampons de coton attachés en queue de cerf-volant furent enfoncés un à un dans le vagin, le premier imbibé de perchlorure de fer.

Calme relatif, mais obésité croissante ; morte le soir à 10 heures, c'est-à-dire trente-six heures après l'opération.

La tumeur seule put être extraite à l'autopsie. Il s'agit d'une inversion utérine complète. Aussi volumineux dans le haut que dans le bas, cet organe était à son sommet le siège d'une meurtrissure ecchymotique due aux pinces de Museux. Il ne fut pas possible de retrouver l'orifice des trompes. La partie supérieure était bordée circulairement par le col dilaté et presque effacé. A quelques centimètres au-dessous, sillon circulaire plus profond, trou de la ligature. De l'ouverture intra-abdominale émergeaient les annexes de l'utérus enveloppés dans des replis péritonéaux des ligaments larges.

Ces organes paraissaient sains, mais fortement congestionnés. L'excavation ne paraissait avoir logé aucune anse intestinale. A la fin de son travail très bien fait, l'auteur insiste sur l'immense avantage de l'anse galvano-caustique au point de vue de la rapidité d'action. Il semble oublier qu'avec ce moyen on laisse le péritoine librement ouvert. La guérison peut être obtenue, mais cela ne suffit pas pour justifier l'emploi de moyens produisant la séparation immédiate des parties. Les procédés de ligature élastique nous semblent préférables.

(*Séance du 23 novembre* 1881.)

R. CHENET.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAVAUX D'OBSTETRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Par le professeur Pajot (1).

Quand nous parlions à de jeunes médecins français et étrangers des leçons inoubliables du professeur Pajot, tous nous demandaient : mais est-ce que les travaux du professeur Pajot n'ont pas été publiés? Dans quels ouvrages pourrions-nous trouver les idées, les doctrines, les méthodes de ce maître? Et nous leur répondions en leur conseillant de lire tels articles du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, les deux livraisons (seules, hélas!) du *Traité d'accouchements* de Dubois et Pajot, et ses principaux mémoires disséminés dans les recueils scientifiques.

Aujourd'hui, à pareille question notre réponse sera plus simple : lisez les *Travaux d'obstétrique et de gynécologie*, dirons-nous. Car l'éditeur, M. Lauwereyns, a eu l'heureuse

(1) Paris, Lauwereyns, éditeur 1882.

idée de réunir en un volume « les principaux travaux publiés par l'auteur, pendant une carrière professorale de près de quarante années ». Il a fait, en un mot, pour le professeur Pajot ce qu'a fait G. Watt Black pour les œuvres de Simpson, avec cette différence, toutefois, que le professeur Pajot a revu les travaux publiés antérieurement, et de plus y a joint des mémoires inédits.

C'est ce livre que nous avons l'honneur de présenter aux lecteurs des *Annales de gynécologie.*

Il est divisé en deux parties : la première relative à l'obstétrique, la seconde à la gynécologie.

Le premier chapitre, nous devrions dire le premier livre, est intitulé : *Eléments de pratique obstétricale.* C'est là le résumé, la condensation des cours du professeur Pajot. Ajoutons que ce squelette s'est développé chaque année parallèlement à la science obstétricale. On pourrait l'appeler le *vade mecum* de l'accoucheur. Que de choses dans ces trente pages! Autant de phrases, autant d'aphorismes ou plutôt de préceptes. Ah! si tous les médecins étaient dans la pratique guidés par ces principes, que d'erreurs de diagnostic en moins, que d'existences en plus!

Ensuite vient une étude des *Causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse.*

Les causes d'erreur ont été divisées par l'auteur en trois grandes classes :

1° Affirmation de la grossesse quand elle n'existe pas ;

2° Négation de la grossesse quand elle existe ;

3° Confusion d'une espèce de grossesse avec une autre.

Ce chapitre, qu'on chercherait en vain dans les Traités classiques, offre un intérêt tout particulier au médecin qui ne veut pas laisser amoindrir son prestige. Car, comme le dit mon cher et excellent maître : « Le public décidant avec sa témérité habituelle d'affirmation, et toujours prêt à trancher les questions dont il ne sait pas le premier mot, n'hésite point à considérer comme un ignorant de première classe le malheureux médecin coupable d'avoir commis une erreur à propos de la grossesse. »

Puis, nous trouvons, en troisième lieu ainsi enchatonné, l'*Exposé des phénomènes mécaniques du travail et la loi générale du mécanisme de tous les accouchements*, qui constitue à nos yeux le plus beau diamant de l'écrin. Nous répétons à nos cours depuis dix ans bientôt : Celui qui n'aura pas étudié, compris la synthèse du mécanisme de l'accouchement, la loi d'accommodation, est absolument incapable de bien pratiquer une opération obstétricale quelconque. Et, ce qui va étonner notre maître, nous ajoutions : Cette étude analytique et synthétique du professeur Pajot doit être considérée comme l'évangile des accoucheurs.

En effet, tous les faits observés depuis l'époque où cette loi fut formulée pour la première fois par le professeur Pajot viennent affirmer chaque jour que : *quelles que soient la présentation et la position il n'y a qu'un seul mécanisme de l'accouchement.*

Oui, tous les fœtus qui traversent le bassin obéissent à cette loi. Et les beaux travaux des élèves de l'Ecole de la Maternité, Budin, Champetier de Ribes, Labat, sont venus démontrer que, pour traverser la filière pelvienne viciée ou normale, les mouvements passifs du fœtus étaient régis par la loi d'accommodation.

Ce qui prouve combien était géniale la conception du professeur Pajot, c'est que si l'on connaissait alors admirablement les phénomènes mécaniques du travail dans les bassins normaux, mon maître ne m'en voudra pas de le dire, on était loin d'être aussi avancé quant à ce qui concerne le mécanisme de l'accouchement dans les bassins viciés.

De plus, nous croyons également avoir démontré nous-même que pendant la grossesse, les rapports du fœtus avec la cavité utérine et la cavité pelvienne sont également régis par la même loi.

Aussi nous semble-t-il que, sans y être incité par notre respectueuse amitié, notre admiration, nous limitant dans le domaine de la seule justice, nous pouvons dire, sans être taxé d'exagération : Cela peut suffire à la gloire d'un homme !

Le petit chapitre qui suit renferme une excellente étu nique sur *le Travail prolongé* et *la Contracture utérin* l'auteur démontre, preuves en mains, ce qu'il répétait si so dans ses cours, à savoir : combien il faut d'expérience, d cité, de science, en un mot, pour *savoir attendre.*

Nous ne parlerons pas longuement des deux chapitres crés à la *Présentation de l'épaule dans les rétrécisseme bassin* et au *Procédé d'embryotomie, dit à la ficelle*, pu *Nouvelle Méthode pour pratiquer la céphalotripsie*, c'est- la *Céphalotripsie répétée sans tractions*, car ils sont conn tous, étant devenus classiques et se trouvant dans les t et manuels.

Nous passons quelques pages dans lesquelles nous ne me naissons pas cependant le talent remarquable de l'écrivain. arriver à l'*Etude des lésions traumatiques que le fœtus éprouver pendant l'accouchement.*

Nous pouvons dire que cette étude, parue déjà depuis l temps, reste encore le modèle du genre et comme fond et co forme.

Les travaux les plus sérieux et les plus récents sont ve presque tous confirmer les hypothèses admises et les résul des expériences faites par le professeur Pajot. Ainsi, à pr de l'étiologie du céphalématome, l'auteur dit : « Le céphal tome a probablement pour cause un état mal connu préexi dans le tissu osseux qui peut à lui seul, peut-être, le prod dans certains cas ; mais, dans d'autres, la cause occasionn se rencontre à peu près certainement dans les compress inséparables du travail, fût-il le plus facile qu'on puisse i giner. »

Les intéressantes recherches de Féré sont venues confi cette manière de voir en précisant la pathogénie de l'épan ment sanguin et en montrant ce qu'était cet état particuli l'os. Il en est de même des expériences entreprises par le p fesseur Pajot dans le but d'étudier la résistance mécanique diverses parties du fœtus, c'est-à-dire de rechercher d quelle mesure approximative les forces appliquées à l'extra

›tus pourraient être employées, sans craindre de dépasser
mites ordinaires de la résistance des tissus ». Les remar-
les travaux de Ribemont, sont venus confirmer, en les
ifiant, les conclusions auxquelles était arrivé le profes-
Pajot.

Anesthésie obstétricale, dont on a tant parlé depuis trente
et qui a suscité de si vives polémiques, est exposée sous
s ses faces.

s indications et contre-indications y sont nettement posées ;
i ne pouvons-nous qu'y renvoyer le lecteur.

partie gynécologique renferme des mémoires non moins
essants.

es *Fausses Routes vaginales*, les *Obstacles mécaniques et
es à la fécondation*, en particulier, sont étudiés magistrale-
t et seront lus avec le plus grand profit par tous ceux qui
cupent de gynécologie.

lus peut-être que tous les gynécologistes, le professeur
›t aura démontré et vulgarisé ce fait à peu près méconnu
efois, à savoir que : dans les ménages stériles, bien plus
vent qu'on ne pourrait le croire, l'infécondité se trouve dans
exe fort. D'où ce précepte : « qu'il est inutile de tenter la
rison de la stérilité chez la femme (à moins que la cause ne
une maladie) avant de s'assurer chez l'homme du fonc-
nement physiologique de l'appareil génital..... et sans savoir
s quelle *catégorie* doit être rangé le mari.

la fin de la partie obstétricale et de la partie gynécologique,
rouvent les analyses des livres de Jacquemier, du professeur
rty et de Gaillard Thomas, où le professeur Pajot, entre
res qualités, montre une rectitude de jugement qui serait
essaire à nombre de critiques.

En résumé, ce livre, d'après ce qui précède, n'est, comme on le
t, nullement un traité complet d'obstétrique et de gynéco-
ie. Mais s'il n'a pas les qualités d'un traité, il n'en a pas les
auts, ce qui permet au contenu de ne pas vieillir.

Tout ou presque tout est original, c'est le substratum scien-
que de l'homme, et de l'homme qui a par-dessus tout, on le

sent à chaque page, horreur de la compilation. La personnalité de l'auteur ne disparaît jamais dans la masse des faits, et le livre tire toute sa valeur de ce que le professeur Pajot y a mis. Si nous abandonnons le fond pour ne nous occuper que de la forme, nous retrouvons toutes les qualités du professeur qui possède à un si haut degré le don de la vulgarisation.

En lisant ce volume, le lecteur rencontrera souvent des observations rédigées sous la forme anecdotique et avec un esprit qu'envierait l'académicien le plus spirituel. On pourrait croire, en envisageant les choses superficiellement, que cette forme a été simplement employée pour exciter le rire. Mais, en réfléchissant, l'on s'aperçoit vite que l'auteur a un but bien plus élevé. L'on reconnaît que chaque récit humoristique est là pour fixer dans l'esprit un fait intéressant, un point important quelconque.

C'est le marteau que préfère employer le professeur Pajot pour faire pénétrer *le clou* dans le cerveau de ses auditeurs et de ses lecteurs.

D'aucuns pensent que cette méthode est peut-être préférable à celle qui consiste à employer ces arguments massifs qui enfonçent le clou en assommant la tête.

Quant au style, nous n'en parlerons pas, nous bornant à affirmer qu'il est difficile d'en rencontrer qui soit plus clair, élégant, pittoresque et chaleureux.

Il ne nous reste qu'à remercier M. Lauwereyns du service qu'il a rendu à tous les amis de la science obstétricale en publiant cette œuvre.

PINARD.

Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (pathogénie), par le Dr P. Bar, ancien interne de la Maternité (1).

Ce travail important comprend deux parties, l'une anatomo-physiologique, l'autre pathologique ; l'auteur étudie dans la première les *origines du liquide amniotique,* dans la seconde les *causes de l'hydramnios.*

Nous allons d'abord donner un résumé succinct de cet ouvrage avant de faire un examen critique.

Le Dr Bar, après avoir reconnu que tous les travaux, entrepris depuis vingt ans dans le but de faire connaître l'origine du liquide amniotique, ont laissé la question en suspens, examine les théories principales qui ont été émises, et les divise en trois classes :

1re classe : Le liquide amniotique est d'origine fœtale.

2e classe : Le liquide amniotique est produit par l'organisme maternel.

3e classe : Le liquide amniotique est à la fois un produit d'origine maternelle et fœtale.

1re *classe* : Le liquide amniotique est d'origine fœtale.-- Si le liquide amniotique est d'origine fœtale, on peut admettre les hypothèses suivantes :

Il est dû :

1° A la sécrétion urinaire et l'excrétion de l'urine dans la cavité de l'amnios ;

2° A la sécrétion de la peau;

3° A une transsudation des parties liquides du sang fœtal à travers la membrane de l'amnios ;

4° A une sécrétion spéciale de l'amnios.

M. Bar étudie successivement ces hypothèses, et, s'appuyant sur le raisonnement, la physiologie expérimentale et les faits pathologiques, il arrive aux conclusions suivantes :

Pendant la vie intra-utérine la sécrétion et l'excrétion urinaire existent.

Rien n'autorise à nier ou à affirmer la sécrétion cutanée.

Le liquide amniotique peut être produit par la transsudation des parties liquides du sang fœtal à travers l'amnios.

(1) Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 1881.

Quant à la sécrétion particulière et spéciale de l'amnios, il serait *intéressant* dit M. Bar de rechercher si elle peut être considérée comme l'origine du liquide amniotique.

2e *classe* : Le liquide amniotique est d'origine maternelle. — M. Bar expose d'abord les idées et travaux de Ahlfeld, de Léopold, de Zunty, Wiener, etc., puis décrit deux expériences personnelles et conclut ainsi :

De ces expériences, nous croyons donc pouvoir affirmer que les liquides peuvent passer de l'organisme maternel dans la cavité de l'amnios, et cela non pas d'une manière lente, mais assez rapidement pour que l'on ait à en tenir compte quand on étudie les origines du liquide amniotique.

Avant de formuler sa conclusion définitive, l'auteur étudie dans une *deuxième section la quantité de liquide amniotique à l'état normal, les causes de ses variations individuelles et ses voies de résorption.*

Quelle est la quantité de liquide amniotique à l'état normal? les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce sujet ; tandis que Tarnier et Chantreuil admettent une moyenne de 500 grammes et croient que le liquide amniotique augmente d'une façon constante jusqu'à la fin de la grossesse, Carl Braun et Campana admettent que la quantité de liquide amniotique atteint son maximum au sixième ou septième mois, puis diminue de moitié jusqu'au moment de l'accouchement.

Gassner, qui le premier a fait des recherches directes, est arrivé à des résultats que n'accepte pas M. Bar. parce qu'il a suivi une mauvaise méthode dans ses observations.

Fehling a employé une autre méthode et donné des résultats consignés dans un tableau que rapporte M. Bar.

M. Bar lui-même a fait des recherches personnelles à la Maternité de Paris, et il en expose les résultats dans un tableau.

Il résulte des recherches de M. Bar que la quantité de liquide amniotique varie considérablement d'une femme à une autre, et que jusque aujourd'hui nous ne connaissons pas la cause de ces variations, puisque la masse du liquide n'est en rapport, contrairement à ce qu'avaient avancé Gassner et Fehling, ni avec le poids de la mère, ni avec le poids du fœtus, ni avec la longueur, les circulaires ou la torsion du cordon, ni avec le poids du placenta.

Puis l'auteur arrive à conclure et s'exprime ainsi : « De tout ce que nous avons dit plus haut, nous croyons pouvoir conclure que

le liquide amniotique provient à la fois de l'organisme fœtal et de l'organisme maternel. »

Parmi les sources fœtales, l'excrétion urinaire est la cause la plus nette, dit le Dr Bar, celle qui doit le moins prêter à la discussion. A l'état normal y a-t-il transsudation à travers l'amnios des parties liquides du sang contenu dans la veine ombilicale? Rien n'autorise à donner une conclusion formelle. Mais quand il y a une entrave légère à la circulation en retour, l'exosmose se fait avec continuité.

L'excrétion cutanée doit être placée parmi les causes de production du liquide amniotique, mais cette origine n'a pas encore été démontrée expérimentalement.

Quant aux sources maternelles, elles résident dans la facilité qu'ont les liquides à passer à travers les membranes de dehors en dedans. Pour peu qu'il y ait tension dans les veines de l'utérus, ce phénomène se produit très vite, et il y a production de liquide amniotique. M. Bar expose ensuite cette question :

Le liquide amniotique une fois formé, que devient-il? Reste-t-il confiné dans la cavité amniotique, ou est-il résorbé?

Schatz pense que dans les derniers mois de la grossesse le fœtus *boit* le liquide amniotique en certaine quantité; M. Bar sans affirmer le fait, pense qu'il pourrait en être ainsi.

Mais est-ce là, dit-il, la seule voie par laquelle le liquide amniotique puisse être résorbé?

Avec Savary et Gusserow, le Dr Bar, s'appuyant sur une expérience, admet qu'il *est certain qu'il se fait un échange rapide entre les matériaux contenus dans l'œuf et ceux contenus dans les vaisseaux maternels.*

Tel est le résumé succinct de la première partie. Dans la seconde, M. Bar étudie les causes de l'hydramnios.

Après quelques remarques générales, il soulève les questions suivantes :

1° L'hydramnios peut-elle être due à une augmentation de la sécrétion urinaire du fœtus?

2° Doit-on considérer comme capables de produire l'hydramnios les affections cutanées dont peut être atteint le fœtus?

3° Existe-t-il des faits dans lesquels on puisse attribuer la formation à des troubles de la circulation fœtale ayant pour conséquence une exagération de la pression du sang dans le système de la veine ombilicale?

4° L'hydramnios peut-elle être due à une altération de l'amnios?

5° Peut-on dans certains cas attribuer la production de l'hydramnios à des troubles circulatoires existant dans l'organisme maternel?

6° Quels sont les rapports qui existent entre la grossesse gémellaire, la syphilis, les malformations fœtales et l'hydropisie de l'amnios?

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de formuler la moindre conclusion à propos de la première et de la deuxième question.

Mais, s'appuyant sur des observations, M. Bar admet d'une façon très affirmative l'influence pathogénique de certaines lésions du placenta, des lésions des veines qui sillonnent la face fœtale du placenta, de la sténose de la veine ombilicale, et des lésions du foie; toutes ces causes ayant pour conséquence une exagération de la pression du sang dans le système de la veine ombilicale.

Certaines affections du cœur et la syphilis pulmonaire produiraient le même résultat.

Quant à l'amniotite, M. Bar, sans nier d'une façon absolue l'opinion de Sentex, pense qu'il est nécessaire, avant de se prononcer, de faire de nouvelles recherches. Il a essayé, mais en vain, de produire l'amniotite sur des animaux.

Dans les cas rares où on observe un œdème généralisé chez la mère, et une hydropisie de l'amnios, M. Bar, sans nier les altérations du sang du fœtus, pense que le plus souvent il y a *exosmose des parties liquides du sang de la mère dans la cavité de l'amnios*.

Enfin, dans un dernier paragraphe, M. Bar a cherché à préciser les rapports qui existent entre la grossesse gémellaire, la syphilis et les malformations.

Pour la grossesse gémellaire, l'auteur reconnaît que nous ne sommes pas en mesure d'expliquer aujourd'hui pourquoi on rencontre assez souvent dans ces cas l'hydropisie de l'amnios.

Pour que la syphilis produise l'hydramnios il faut que le fœtus ou ses annexes soient atteints de lésions qui ont pour effet d'entraver la circulation dans le système de la veine ombilicale. Aussi, dit M. Bar, « quand nous voyons une femme syphilitique être atteinte d'hydramnios pendant la grossesse, nous devons porter un diagnostic défavorable pour l'enfant; surtout si nous voyons cette complication se développer rapidement vers le quatrième, cinquième ou sixième mois. »

Pour les malformations fœtales, M. Bar, après avoir rappelé combien il est fréquent de les voir coïncider avec l'hydramnios, avoue que

nous ne savons rien de précis sur le rapport qui peut lier ces deux faits, et il ajoute qu'il est peu probable qu'on puisse résoudre cette question de longtemps.

L'on voit par ce résumé que nous nous sommes efforcé de rendre aussi court que possible l'importance et le nombre des questions tant soulevées qu'étudiées dans ce travail.

Peut-on et doit-on, à l'heure actuelle, admettre toutes les conclusions de l'auteur? Nous ne le pensons pas. Et nous croyons, par exemple, que de nouvelles recherches, de nombreuses expériences sont nécessaires pour faire admettre par tous que « *les reins du fœtus sécrètent avec une activité comparable à celle des glandes rénales chez un homme adulte* », ce qui produirait pendant la durée de la grossesse une quantité énorme de liquide sans compter celui produit par les autres sources. Que devient ce liquide alors, puisque, même avec de gros enfants, on peut n'en trouver que 300, 400, 500 grammes au moment de l'accouchement? Nous savons bien que M. Bar, répondant par avance à cette objection, s'est occupé de la résorption du liquide amniotique. Nous avons lu *l'expérience* sur laquelle s'appuie M. Bar pour affirmer « *qu'il se fait un échange rapide entre les matériaux contenus dans l'œuf et ceux contenus dans les vaisseaux maternels.* »

Et nous regrettons qu'après avoir soulevé tant de questions, M. Bar ne se soit pas adressé la suivante : Pourquoi, lorsqu'il y a exagération de liquide dans la cavité amniotique et par cela même augmentation de pression, la résorption ne se fait-elle pas? Est-ce que dans ces cas les voies exosmotiques sont interceptées? Peut-être alors aurions-nous eu une réponse satisfaisante.

Nous ne pousserons pas plus avant notre examen critique, mais nous tenons à signaler à M. Bar sa tendance à interpréter d'une façon affirmative un peu à la légère.

L'exposé de ses recherches, de ses expériences, de ses observations, suffisait pour constituer un travail extrêmement intéressant et des plus originaux. Car, certes, et nous sommes heureux de pouvoir le dire en terminant, à part les réserves que nous avons faites, les recherches pour servir à l'histoire de l'hydropisie de l'amnios sont l'œuvre d'un homme dont l'érudition est grande, l'esprit très original, et constituent, en somme, le travail le plus sérieux, c'est-à-dire le plus scientifique que nous possédions sur ce sujet.

PINARD.

Recherches cliniques et expérimentales sur la tête du fœtus au point de vue obstétrical, par le Dr Labat, ancien interne de la Maternité (1).

On aurait pu croire, après la publication du travail du Dr Budin (*De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique*, 1876), que les déformations de la tête fœtale pendant l'accouchement étaient toutes connues. Le Dr Labat vient de prouver le contraire.

D'après les conseils de M. Tarnier, le Dr Labat étudia une déformation particulière du crâne dans les accouchements par le sommet, déformation déjà signalée par Barnes, Dorhn, Duncan, Küneke, sur laquelle ces auteurs ne sont pas d'accord. Barnes l'appelle *distorsion latérale*; le Dr Labat, *déformation pariétale*. Nous croyons, comme lui, cette dénomination plus heureuse.

Quand on examine, dit-il, immédiatement après la naissance, la tête d'un enfant à terme qui s'était présenté par le sommet, quelle que soit d'ailleurs la position, l'accouchement ayant été spontané dans un bassin normal, on est frappé des deux faits suivants que l'on observe presque constamment à des degrés différents:

1° Les deux bosses pariétales ne sont pas au même niveau, soit dans le sens antéro-postérieur, soit dans le sens vertical.

2° Une des régions pariétales paraît aplatie par rapport à l'autre.

Après avoir étudié ce phénomène dit plastique de l'accouchement, sur un assez grand nombre d'enfants, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

« Cette déformation est bien le fait de l'accouchement, car on ne l'observe pas sur les têtes des fœtus extraits par l'opération césarienne (elle disparaît peu de jours après la naissance). Il ne faut pas la confondre avec d'autres asymétries, irrégulières dans leur siège, indépendantes de l'accouchement et persistantes. Celles-ci sont plus rares; nous leur avons donné le nom d'*asymétries* ou *déformations originelles*. La *déformation pariétale* intéresse le pariétal qui, pendant le travail, était en rapport avec la paroi antérieure du bassin. De ce côté, la protubérance du pariétal est reportée vers l'occiput; peut-être est-elle aussi abaissée; il y a en même temps un aplatissement

(1) Adrien Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1881.

de toute la région. Les déformations disparaissent au bout de deux ou trois jours après l'accouchement.

« La *déformation pariétale* se produit au niveau du détroit inférieur; elle dépend de l'inégalité des pressions, qui s'exercent d'un côté sur la région pariéto-frontale, de l'autre sur la région pariéto-occipitale. »

Dans une deuxième partie, le Dr Labat publie ses recherches sur la réductibilité de la tête fœtale.

Plus que tous les auteurs qui l'ont précédé dans cette voie, il s'est placé, pour procéder à ses expériences, dans de bonnes conditions. Ce qui, naturellement, donne d'autant plus de valeur à ses conclusions, qui sont les suivantes :

1° Avec des pressions continues de 15 kilogrammes, prolongées pendant deux heures, on obtient des réductions de 7 à 8 millimètres sur le diamètre bi-pariétal, un peu plus fortes sur le diamètre occipito-frontal. Les réductions ne sont guère plus considérables, lorsqu'on prolonge la compression pendant un temps beaucoup plus long (douze heures).

2° Le diamètre bi-temporal est bien plus réductible que le diamètre bi-pariétal. Les diamètres transverses de la tête sont de plus en plus réductibles, à mesure qu'on s'éloigne selon une ligne droite des bosses pariétales pour se rapprocher de la naissance des sutures fronto-pariétales.

3° Les pressions limitées sont plus efficaces que les pressions larges pour produire des réductions sur le diamètre pariétal. Sous la pression limitée, la réduction se fait surtout par *déformation* ou *enfoncement*; sous la pression large, elle se fait surtout par *chevauchement*. Les réductions sont plus considérables lorsque les pressions limitées ne se correspondent pas sur la tête du fœtus, c'est-à-dire ne s'exercent pas aux extrémités du même diamètre. (Le Dr Labat ajoute que de nouvelles recherches sur ce point sont nécessaires, car il n'a fait qu'une expérience.)

4° Lorsqu'à l'aide du forceps on exerce sur le diamètre bi-pariétal une compression de 15 kilogrammes, la perforation de la voûte du crâne au niveau de la *suture sagittale*, ne favorise pas beaucoup la réduction. Cette perforation favorise au contraire la réduction, si on exerce sur le diamètre bi-pariétal une compression limitée.

5° Le diamètre bi-pariétal perd presque complètement sa réductibilité lorsque la tête est serrée du front à l'occiput.

6° Lorsqu'on ne comprime qu'un seul diamètre de la tête, l'aug-

mentation compensatrice se disséminant sur tous les autres est peu sensible sur chacun d'eux; mais, si on comprime en même temps les diamètres transverses et les diamètres antéro-postérieurs, les diamètres verticaux contenant seuls l'augmentation compensatrice s'allongent notablement.

Le Dr Labat termine en disant avec autant de modestie que de raison : « Ces résultats, ajoutés à ceux obtenus par les auteurs que nous avons cités, sont loin d'être suffisants pour résoudre toutes les difficultés qui se rattachent à la réductibilité de la tête fœtale. » Cela est vrai, mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que, s'il veut bien, comme nous l'espérons, continuer ses recherches, avec l'ingéniosité, la méthode irréprochable, le talent d'expérimentateur, en un mot l'esprit vraiment scientifique dont il a fait preuve dans ce travail, il arrivera rapidement à élucider cette question des déformations naturelles et artificielles de la tête fœtale, de façon à en faire surgir des conclusions pratiques de la plus haute importance.

PINARD.

REVUE DES JOURNAUX

Enchatonnement du placenta; mort de la malade; détails importants révélés par l'autopsie, par le professeur HERGOTT. — L'observation que nous allons résumer est un exemple d'une espèce rare d'enchatonnement. Le 17 janvier 1881, la nommée Marie B... entrait à la Maternité de Nancy. D'un tempérament scrofuleux, elle en porte de nombreuses traces. Réglée à 15 ans, elle le fut toujours irrégulièrement. La dernière époque menstruelle remonte au commencement de juin 1880. La grossesse en elle-même fut assez bonne, mais la malade raconte qu'elle a été en butte à de mauvais traitements; elle aurait reçu des coups de pied dans le ventre à diverses reprises. B... est prise des douleurs de l'enfantement le 18 février à 10 heures du soir.

1er jour. Elle accouche le 19 à 4 heures et demie du matin, d'une fille en O.I.G.A. Durée du travail : 6 heures et demie. Le travail ne présenta rien de bien saillant. A 10 heures du soir la dilatation était grande comme une pièce de 20 centimes; à 2 heures du matin les membranes se

ompent et il s'écoule un liquide blanc très abondant. La tête franchit l'orifice; à 4 heures et demie la tête se dégage, le tronc et les membres suivent bientôt.

Le cordon est très court et on est obligé pour éviter son tiraillement le rapprocher l'enfant de la mère. On sectionne le cordon. Un quart l'heure après l'accouchement il s'écoule un peu de sang par les voies génitales, la palpation ne révèle rien d'anormal dans la forme de l'utérus. Pas de signe d'hémorrhagie interne. En touchant en suivant le cordon, on n'atteint pas le placenta. On attend encore un quart d'heure, puis, frappé du retard dans la délivrance, on palpe avec soin l'utérus qui dépasse l'ombilic de deux travers de doigt et on lui trouve une forme bilobée très nette. Le lobe principal est en haut et à droite et fait à ce niveau une voussure très visible; la matrice est dure dans ses deux portions.

On introduit alors la main dans l'utérus dont l'orifice interne est très dilatable et l'on arrive sur un second orifice situé en haut et à droite et dont les bords sont durs, resserrés, non dilatables permettant à peine l'introduction de deux doigts. Le cordon occupe le centre de cet orifice; aucune portion placentaire ne s'y trouve engagée. Pas d'hémorrhagie.

A 9 heures du matin M. le professeur Hergott croit utile d'intervenir pour remédier à une situation qui ne paraît pas vouloir se modifier d'elle-même.

On place la parturiente dans la position obstétricale et M. Hergott introduit la main dans l'utérus; il cherche à dilater l'orifice; impossible de pénétrer. Il tire alors sur le cordon et les membranes réunis; le tout cède au premier effort. Le cordon s'était détaché à son insertion placentaire. M. Hergott cesse alors son intervention. Le soir il examine de nouveau la femme et il trouve l'orifice du chaton plus resserré que le matin. Pas d'engagement du placenta, pas d'hémorrhagie ni de douleurs. L'utérus est dur et élevé.

2e jour. Le matin, l'état général est bon, il s'écoule un peu de liquide rosé. Le soir, il y a de la fièvre et un liquide brunâtre très fétide s'écoule par les voies génitales. Dans les jours qui suivent l'état général va toujours empirant, le ventre se ballonne, devient douloureux, il y a des frissons violents, il y a du délire, de l'insomnie, de l'agitation, enfin la malade meurt le cinquième jour avec tous les signes de l'empoisonnement putride. Il y a donc eu enchatonnement et rétention du placenta, péritonite et résorption putride.

Autopsie. — Deux litres de pus dans la cavité péritonéale, pas de fausses-membranes. L'utérus est allongé verticalement, un étranglement net le divise en deux portions : 1° une portion supérieure arrondie, rattachée au reste de l'utérus par une partie plus étroite. Au niveau de l'étranglement se voit l'origine de la trompe droite. Cette portion a une teinte feuille morte, elle est flasque au toucher et donne une sensation de fluctuation.

2° Au-dessous de l'étranglement, le lobe supérieur se continue avec le reste de l'utérus. Cette partie est rougeâtre, ferme et résistante au doigt.

On ouvre le lobe supérieur et on aperçoit le placenta libre dans sa cavité; il est mou, verdâtre, baigné de liquide. Epaisseur des parois : 0m004 ; elles sont ramollies et verdâtres. La cavité utérine ouverte est vide; épaisseur des parois : 0m02, leur tissu semble sain.

Les deux lobes communiquent par un orifice admettant deux doigts, peu dilatable et dont les bords ont la résistance des parois du lobe inférieur. L'épaisseur de ces bords est la même que celle des parois situées au-dessous.

Comme on le voit, la lésion n'est pas le résultat d'un vice de conformation de l'utérus, elle n'est pas produite par une contraction spasmodique de l'utérus, mais elle résulte de la non-contraction de la portion utérine sur laquelle l'implantation du placenta a lieu, portion frappée d'inertie pendant que le reste de l'utérus se contractait et qui s'est laissée passivement distendre sur son contenu et amincir dans ses parois. Il s'est produit une véritable poche herniaire sur la surface externe. De là il faut conclure qu'aussitôt qu'on aura reconnu l'enchatonnement, il faudra intervenir activement. (*Revue médicale de l'Est*, n° 1, janvier 1882.) Ad. OLIVIER.

De la pression liquide appliquée à la réduction de la rétroversion de l'utérus gravide, par Robert BARNES (*British medical Journal*, décembre 1881). — L'efficacité de la pression liquide appliquée à la réduction de l'utérus rétrofléchi fut pratiquement démontrée, et pour la première fois, par le Dr Tyler Smith. en 1861, et depuis lors fut successivement reconnue par d'autres accoucheurs.

On peut l'appliquer avec un égal bénéfice à la réduction de l'utérus gravide. C'est à l'hôpital de Londres qu'on en fit la première applica-

tion, et elle a été récemment répétée par M. Hunt, assistant d'obstétrique à King's hospital. Une femme âgée de 23 ans, enceinte de trois mois et demi, était confiée à nos soins pour une rétention d'urine; on retira de la vessie 64 onces d'urine. L'utérus était rétrofléchi à angle aigu, le corps était enclavé dans le promontoire. La réduction paraissant demander trop de force, on introduisit dans le rectum un sac de Barnes et on le distendit avec de l'eau. Au bout d'une heure, on trouva l'utérus complètement revenu à sa situation normale. Elle mena sa grossesse à terme et accoucha sans accident. Dans ce cas, si on eût fait le taxis avec persévérance, on aurait probablement exercé sur l'utérus des pressions inégales, et on aurait amené l'avortement et la métrite. La pression égale partout fournie par la pression de l'eau a accompli la réduction graduellement, doucement et sans accident.

Ad. OLIVIER.

Résection partielle du vagin dans le cas de prolapsus de l'utérus. — Le Dr Fritsch donne la description d'une opération qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'accomplir, et qui consiste à enlever toute l'épaisseur de la paroi vaginale postérieure. Il en résulte une cicatrice solide qui persistera dans la suite. On saisit la paroi postérieure du vagin avec une pince et on l'attire fortement en bas et en avant. Pendant qu'un aide tient la pince, le chirurgien applique un clamp sur la paroi du vagin en embrassant le plus de tissu possible; pour cela il s'aidera du doigt introduit dans le rectum. Une fois le clamp fermé et serré, on place des sutures au-dessous de lui; pour placer les sutures profondes on se servira comme guide du doigt introduit dans le rectum; puis, toute la portion de paroi vaginale qui se trouve au-dessus du clamp est sectionnée avec le bistouri. Quand on enlève le clamp, la plaie est largement béante et quelques artères donnent du sang; on aperçoit la cavité rectale au fond de la plaie. Après en avoir rapproché les bords, celle-ci présente une longueur de 6 à 7 centimètres et la réunion se fait rapidement à l'aide de trois sutures profondes et de six à huit superficielles. Un traitement consécutif n'est pas nécessaire. Voici quel a été le résultat dans trois cas : il s'est produit un rétrécissement de la partie inférieure du vagin, mais qui n'était pas appréciable à l'extérieur; la partie du vagin située au-dessus de la cicatrice présentait l'aspect d'une simple poche. Dans deux cas, au

bout de trois mois, il s'est produit une rétroflexion qui a ainsi mis un obstacle complet à la récidive du prolapsus. Bien qu'il y ait une légère hémorrhagie, la quantité de sang perdu est moindre que dans la colporrhaphie ou colpo-périnéorrhaphie, tellement l'opération est faite rapidement. S'il arrivait que l'on ouvrît le cul-de-sac de Douglas, on éviterait le danger qui en résulterait à l'aide des antiseptiques. (*Centralblatt für Gynækologie*, 13 sept. 1881.)

Paul RODET.

Grossesse extra-utérine; expulsion du fœtus par le rectum; guérison par le Dr BULTEAU. — Le 19 décembre, le Dr Bulteau fut appelé vers une femme en proie à d'horribles douleurs abdominales; face grippée, pouls petit, ventre ballonné, douloureux dans la fosse iliaque gauche, vomissements continus.

La malade, âgée de 33 ans, a toujours eu une bonne santé; fausse couche il y a six ans, mal réglée depuis quelques temps. Elle fit une chute il y a neuf jours, ce fut le point de départ des accidents. Le diagnostic fut pelvi-péritonite, et les symptômes disparurent sous l'influence des opiacés à haute dose. Mais il persista une tumeur dans la fosse iliaque gauche qui alla en s'accroissant, dure, bosselée en certains endroits, mollasse en d'autres. L'état général redevint mauvais; au mois de juin, tous les aliments étaient rejetés, la malade était extrêmement émaciée; un médecin appelé en consultation pensa à un sarcome kystique des annexes de l'utérus, et porta le pronostic de mort rapide par cachexie. Mais, peu de jours après, la malade eut une diarrhée abondante constituée par un liquide sanguinolent. La tumeur abdominale diminua d'une manière sensible.

Une amélioration générale se produisit, quand un mois après un os fut rendu par l'anus : c'était le fémur d'un fœtus de 8 mois environ.

A différents intervalles presque tous les os de l'enfant sortirent par la même voie.

Dix mois après le début des accidents, la malade était en parfaite santé et très bien réglée. (*Union médicale du N.-E.*, 1881.)

Dr H. CELLARD.

VARIETÉS

De la manière de peser les enfants. — Le Dr H. HAVEN fait sur ce sujet les recommandations suivantes : il faut avoir une balance, sensible à deux ou trois grammes, comme celles en usage dans les ménages, accompagnée d'une série de poids. On doit peser l'enfant autant que possible aussitôt après sa naissance, après l'avoir essuyé et enveloppé de flanelle chaude, dont on aura préalablement déterminé le poids ; à moins que l'on emploie toujours le même linge, qui serait alors un facteur dont le poids serait négligeable et qui ne changerait en rien les résultats. Pendant les huit ou dix premiers jours il faut peser l'enfant tous les jours. On détermine ainsi l'existence, la persistance, et la fin de la perte de poids dite physiologique. Le poids primitif doit être regagné du cinquième au huitième jour. Pendant les cinq premiers mois des pesées hebdomadaires suffiront, puis on ne pèsera plus l'enfant que tous les quinze jours. Le moment le plus propice est le matin, quand on fait la toilette de l'enfant. Le gain quotidien doit être de 25 grammes pendant les cinq premiers mois et à ce moment le poids constaté à la naissance doit être doublé. Après cette époque le gain diminue graduellement d'environ 10 grammes jusqu'à la fin du quinzième mois, époque où le poids initial devrait être quadruplé. Ces chiffres résultant d'observations faites en France ont le mérite d'être très exacts. Cependant on peut dire en général que le gain moyen de chaque jour ne doit pas être au-dessous de 20 grammes, sinon l'enfant est mal nourri, malade ou sur le point de l'être. Cette règle présente cependant des exceptions; le gain peut être moindre, parfois plus grand, mais il est toujours en proportion directe du poids initial. Si celui-ci est peu élevé, le gain peut également être peu élevé. Cette méthode ne présente pas de difficultés, et toute mère ou nourrice d'une intelligence ordinaire peut, à l'aide de ces principes, avoir des renseignements certains.

Les avantages de cette méthode sont nombreux. Dans le traitement d'une maladie, on peut dire d'une façon certaine si le résultat cherché est atteint et fixer exactement la quantité de nourriture assimilée par l'enfant. Dans les maladies qui épuisent les enfants et où souvent

la lutte pour la vie est sérieuse, on sait si l'on gagne ou si l'on perd du terrain. Quand l'enfant est nourri avec le lait de sa mère, avec celui d'une nourrice ou celui d'un animal ou bien avec quelqu'une des nombreuses préparations lactées, on sait si l'aliment ingéré par l'enfant constitue pour lui une nourriture convenable et suffisante. (*Boston med. and surg. Journal*, 8 septembre 1881, et *Journal de médecine de Paris.*)

Prix de feu Duparcque. — Conformément à la volonté du legs qui lui a été généreusement fait par l'un de ses membres les plus regrettés, la Société de médecine de Paris fonde un prix qui, sous le nom de *Prix Duparcque*, sera décerné, *tous les deux ans*, à un travail, manuscrit ou imprimé, écrit en langue française, à la condition toutefois que ce dernier n'aura pas été publié depuis plus de deux ans avant l'ouverture du concours.

Le prochain concours s'ouvrira le 1er *avril* 1882, et les travaux des concurrents devront être parvenus avant le 1er *avril* 1883, à l'adresse de M. de Beauvais, secrétaire général, 39, rue de Trévise, à Paris.

Le prix consistera en une somme de *six cents francs* et *une médaille d'or de cent francs,* portant inscrits sur l'une de ses faces les mots suivants : « Société de médecine de Paris, » et sur l'autre : « Prix Duparcque », les noms du lauréat et le millésime.

Dans la pensée d'honorer spécialement la mémoire du fondateur du prix, la Société a décidé de choisir (pour la première fois au moins) un sujet ayant trait à la gynécologie, où Duparcque s'était acquis une durable notoriété.

Voici le titre de ce sujet : « Etude des troubles de la miction se rattachant aux divers états, physiologiques ou pathologiques, de l'utérus ».

Le prix sera décerné publiquement le quatrième samedi d'octobre 1883, dans la salle des séances, 3, rue de l'Abbaye.

Le gérant : A. Leblond

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Successr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES,

Par le Dr T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu.

SUR LA CONCEPTION DANS LE COURS DE L'AMÉNORRHÉE,

Leçon recueillie par M. André Petit, interne du service.

Messieurs,

Nous avons, au no 6 de la salle Sainte-Marie, une malade qui doit quitter aujourd'hui l'hôpital, où elle était entrée il y a dix jours, le 14 janvier. J'avais admis cette femme dans mon service, non pas en vue d'une intervention thérapeutique, mais pour étudier à loisir les conditions pathologiques dans lesquelles elle se trouve, conditions des plus intéressantes et dont je veux aujourd'hui vous rendre compte.

Il s'agit d'une femme âgée de 24 ans, et qui ne paraît offrir aucun antécédent diathésique héréditaire ; son père et sa mère sont encore vivants et se portent bien. La mère a dépassé l'âge de la ménopause et n'a souffert à cette époque que de quelques métrorrhagies sans importance, qui ne se sont pas renouvelées depuis. Je dis que notre malade *paraît* avoir des antécédents héréditaires exempts de tout vice constitutionnel ; en effet, si du côté des ascendants nous ne constatons rien, nous trouvons, au contraire, parmi les collatéraux, des manifestations diathésiques non douteuses, fait assez fréquent dans l'histoire des diathèses. De ces parents sains sont nés sept enfants ; cinq sont morts avant deux ans, après avoir présenté des convulsions qui ont duré, paraît-il, plusieurs semaines et se sont accompagnées de contracture vers la fin de la maladie ; l'un d'eux, au dire de la malade, aurait poussé des cris plaintifs, qu'il est facile de reconnaître pour des cris hydrencéphaliques. Ces enfants sont donc morts à coup sûr de méningite tuberculeuse. La sœur qui a survécu a eu le carreau dans son enfance ; elle a été bien réglée, mariée à 20 ans, mais n'a pas eu de grossesse.

Nous voyons donc que cette femme appartient à une famille tuberculeuse. On peut en effet étudier l'influence diathésique héréditaire non seulement chez les ascendants, mais aussi chez les collatéraux et les descendants. Pour la tuberculose, par exemple, vous verrez souvent des parents qui n'offrent aucune manifestation tuberculeuse engendrer des enfants qui meurent phthisiques. Peut-on dire qu'ils donnent ce qu'ils n'ont pas ? Non, messieurs ; ils donnent ce qu'ils ont, et la preuve en est parfois fournie par l'éclosion chez eux de la tuberculose à une époque plus ou moins éloignée de la mort de leurs enfants. Notre malade elle-même a eu un enfant qui est mort en nourrice à 2 mois 1/2 ; il n'a pas présenté de symptômes convulsifs, mais il est mort d'épuisement, d'anémie, sans diarrhée, si bien que, sans pouvoir repousser absolument l'athrepsie consécutive au manque de soins, nous avons tout lieu de supposer que la diathèse tuberculeuse n'a pas été étrangère à cette mort.

En ce qui concerne les antécédents personnels de notre ma-

lade, elle nous affirme n'avoir jamais été souffrante pendant son enfance; elle n'a jamais eu de tuméfactions ganglionnaires, jamais d'affections cutanées, de croûtes, d'abcès, auxquels les enfants strumeux sont si souvent sujets. Peut-être pourrait-on élever un léger doute sur l'exactitude de ces renseignements, car elle prétend aussi n'avoir jamais eu de fièvre éruptive, ce qui peut paraître plus surprenant. D'après ses renseignements elle aurait eu seulement des essoufflements et des palpitations cardiaques, dus, suivant toute probabilité, à un état chlorotique; elle a eu des rhumes assez fréquents, qui ont augmenté d'intensité depuis deux ans, mais elle n'a pas eu d'hémoptysies, à peine quelques rares filets de sang dans ses crachats; à diverses reprises sa voix a été enrouée et actuellement encore présente un timbre qui s'accorde à merveille avec sa profession de marchande de poisson à la Halle.

Elle a été réglée à 12 ans, à Paris où elle est née; sa première menstruation a été un peu douloureuse, puis les règles sont revenues, les mois suivants, irrégulières et inégales au point de vue de la quantité du sang et de la durée de son écoulement. Cet état persista jusqu'à l'âge de 18 à 19 ans, époque à laquelle elle eut une aménorrhée de 14 mois, sans qu'un état maladif quelconque, autre que sa constitution chloro-anémique, pût en donner l'explication; à partir de ce moment apparut la leucorrhée. Vous savez, messieurs, toute l'importance que j'attache à la leucorrhée, au point de vue de la suppléance de l'écoulement sanguin menstruel; aussi ai-je interrogé avec grand soin la malade pour savoir si, aux époques où ses règles auraient dû paraître, elles n'avaient pas été remplacées par un flux leucorrhéïque, accompagné de douleurs lombaires et constituant de véritables *règles blanches;* mais elle n'a jamais remarqué cette particularité. Elle était ainsi aménorrhéïque et leucorrhéïque depuis plus d'un an lorsqu'elle se maria, à l'âge de 20 ans; c'est de cette époque que datent ses premiers rapports sexuels. Le mariage semble avoir été pour elle un assez bon remède car un mois après les règles reparurent; elles furent dès lors irrégulières dans leur retour, mais moins douloureuses

qu'avant le mariage et la leucorrhée diminua d'une façon notable. En somme, la santé générale paraissait être assez satisfaisante, lorsqu'eut lieu la première grossesse qui se termina par un accouchement à terme le 18 mai 1880. La conception remontait donc au mois de septembre 1879, et cependant la malade n'avait pas vu ses règles ni en juillet ni en août; elle était donc devenue enceinte au cours d'une aménorrhée datant de deux mois. Cette grossesse fut normale et l'accouchement, bien qu'un peu long, n'exigea aucune intervention obstétricale; l'enfant était du sexe masculin. Les couches ne furent pas suivies d'hémorrhagie; les lochies, peu abondantes, furent teintées de sang pendant trois ou quatre jours seulement et le retour de couches ne se montra pas. Elle vit néanmoins apparaître, au bout de deux mois, un écoulement roussâtre, sanguinolent, de courte durée. Depuis cette époque, les règles n'ont jamais reparu, aucun flux sanguin ne s'est montré à la vulve; les flueurs blanches ont augmenté, mais n'ont pas présenté de paroxysmes mensuels réguliers, accompagnés de poussées congestives vers le petit bassin et de douleurs lombaires. Elle a cependant ressenti quelques douleurs hypogastriques et lombaires à des intervalles très irréguliers et ces douleurs ont augmenté depuis quatre ou cinq mois; en même temps elle a éprouvé, vers le mois de septembre dernier, un malaise tout particulier, des nausées et des vomissements qui ne lui étaient pas habituels et qui ressemblaient de tout point, nous dit-elle, à ceux qui s'étaient montrés au début de sa première grossesse. Son ventre a, depuis cette époque, graduellement augmenté de volume et la leucorrhée a diminué; les seins se sont gonflés sans devenir douloureux; l'aréole a pris une coloration plus foncée et s'est parsemée de quelques tubercules de Montgomery. Ce dernier signe a certainement plus de valeur; au point de vue du diagnostic de la grossesse, chez une primipare; mais ici cependant il offre une certaine importance en ce sens que la malade a vu ces tubercules se développer peu à peu et que ses seins n'avaient pas été sollicités à se pigmenter autant que ceux des femmes qui ont fourni déjà une ou deux lactations.

Lorsque cette femme est venue nous consulter, elle se plaignait de la tuméfaction de son ventre et des douleurs vagues qu'elle éprouvait à ce niveau; elle affirmait en outre ressentir dans l'abdomen, depuis un mois environ, des mouvements qu'elle reconnaît être ceux d'un fœtus, pour les avoir perçus déjà lors de sa première grossesse. Lorsque nous l'examinons, nous trouvons en effet le ventre volumineux, globuleux, régulièrement arrondi; la peau présente des vergetures, traces de la première grossesse. A la palpation, nous sentons un corps rond, occupant la ligne médiane et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; sa limite supérieure décrit une courbe à concavité inférieure, circonscrivant une zone de matité très nette à la percussion, tandis qu'on retrouve tout autour et dans les deux flancs la sonorité intestinale. Cette tumeur ressemble par sa configuration à un utérus gravide arrivé à une période assez avancée, puisque vous savez que vers le cinquième mois de la grossesse son fond remonte au niveau de l'ombilic. Nous n'avons pas affaire ici à une tumeur fibreuse englobant l'utérus ou développée très régulièrement dans sa cavité, car on ne perçoit pas la consistance dure des fibromes et le col qui, dans ce cas, aurait conservé une certaine résistance est au contraire mou et effacé. Ce n'est pas non plus un kyste de l'ovaire, car, si l'on sent nettement un liquide qui se déplace par la palpation, on arrive sur des bosselures arrondies, inégales, que l'on reconnaît facilement pour des extrémités fœtales; on perçoit également sous la main les mouvements du fœtus, et à l'auscultation de l'abdomen on entend, non seulement le bruit de ces mouvements actifs, mais aussi un souffle placentaire et les battements du cœur fœtal. Ces battements, dont le nombre varie entre 135 et 140, sont très nets et ont été constatés par la plupart d'entre vous. D'après ces différents signes, nous pouvons donc affirmer l'existence d'un fœtus qui doit être âgé de 6 mois environ; un dernier renseignement vient encore confirmer ce diagnostic, en vous apprenant que la malade *sent remuer* depuis cinq semaines à peu près; or, vous

savez que cette sensation est perçue par les femmes enceintes vers le demi-terme. Il n'y a donc aucun doute dans notre esprit au sujet d'une grossesse de 6 mois environ, mais si nous y trouvons la raison de l'aménorrhée actuelle, il nous reste à expliquer l'aménorrhée de 14 mois qui a précédé le mariage et à rechercher pourquoi la suppression des règles date aujourd'hui de près de 20 mois; enfin nous aurons à étudier les conditions dans lesquelles une conception a pu se produire chez une femme aménorrhéique et à voir si ce fait vient donner raison aux partisans de la théorie de la disjonction entre les deux phénomènes de l'ovulation et de la menstruation.

Toutes les fois que vous serez en présence d'une femme atteinte d'aménorrhée, vous devrez tout d'abord songer à la possibilité d'une grossesse. Ce n'est certes pas dans des cas comme celui-ci que vous éprouverez de l'hésitation, mais le diagnostic est bien autrement difficile pendant les deux ou trois premiers mois, surtout si la conception a eu lieu chez une femme qui n'a jamais été réglée.

La grossesse détermine par elle-même une forme d'aménorrhée que l'on peut appeler physiologique, de même que celle qui se montre chez les nourrices, bien que celle-ci dépende d'une cause différente. L'aménorrhée de la grossesse peut s'expliquer par la présence d'un embryon et de ses annexes dans la cavité de l'utérus, dont la muqueuse, ainsi transformée, ne peut plus fournir le sang menstruel. On peut aussi la rapporter à la suppression des fonctions de l'ovaire pendant la gestation; Bischoff prétendait que pendant la grossesse l'ovaire était anémié et comme atrophié ; M. Chaignot dans sa thèse inaugurale a cherché à démontrer au contraire que l'ovaire chez la femme enceinte est turgescent, volumineux, et peut dans certains cas être senti à travers la paroi abdominale. Le fait est possible, mais il est bien certain que la congestion périodique ovarienne fait défaut et que l'ovulation est suspendue ; le peu d'activité de la circulation au niveau de l'ovaire semble d'ailleurs bien confirmé par la lenteur de formation des corps jaunes, qui mettent

trois à quatre mois à évoluer. L'aménorrhée de la grossesse s'explique donc plus encore par l'état de l'ovaire que par celui de l'utérus.

L'aménorrhée des nourrices dépend d'un tout autre ordre de causes. Vous voyez ordinairement les femmes être privées de leur règles pendant la lactation, une partie de leur sang étant utilisée pour fournir la sécrétion des glandes mammaires, et la femme se trouvant par ce fait dans un état d'anémie relative; la menstruation cesse parce que l'organisme ne peut faire face à deux causes de déperdition : la sécrétion lactée et l'hémorrhagie périodique. Cette aménorrhée n'est cependant pas absolument constante et vous trouverez des femmes qui sont réglées pendant l'allaitement; ce ne sont pas d'ailleurs les moins bonnes nourrices, car le retour de la menstruation indique qu'elles sont assez vigoureuses pour suffire à la tâche sans en être épuisées. Quoi qu'il en soit, l'aménorrhée de la lactation se reconnaîtra aisément : la connaissance d'un récent accouchement, l'état des mamelles rendront le diagnostic évident.

La véritable difficulté consiste dans le diagnostic de l'aménorrhée des premiers mois de la grossesse. Vous devrez toujours y songer, en présence d'une suspension des règles, quelles que soient la condition sociale et la régularité apparente de mœurs de la femme que vous aurez à examiner. Au début de la grossesse, le ventre n'est pas encore volumineux et vous devez rechercher d'autres indices; vous ne sauriez d'ailleurs vous entourer de trop de précautions pour arriver à un diagnostic certain, car vous ne devrez, dans bien des cas, formuler votre pensée que s'il ne reste aucun doute dans votre esprit.

L'état des seins vous fournira d'utiles renseignements qui acquièrent, chez les primipares, une importance capitale. Si, par exemple, vous constatez, chez une jeune fille blonde, une pigmentation manifeste de l'aréole et quelques tubercules de Montgomery, vous aurez acquis des demi-preuves, insuffisantes sans doute pour rien affirmer, mais vous autorisant à demander l'examen des organes génitaux. De ce côté la destruction de la membrane hymen, s'il s'agit d'une jeune fille, viendra

donner encore plus de probabilité à votre diagnostic; dans tous les cas, vous trouverez, au début d'une grossesse, les petites lèvres et la vulve tout entière congestionnées et d'un rouge livide; par un examen plus profond, auquel aucun obstacle ne s'oppose dans ce cas, vous constaterez, par le toucher, que le col utérin est volumineux et ramolli; enfin le spéculum vous montrera qu'il participe à la coloration violacée des organes externes; le corps de l'utérus lui-même vous paraîtra plus ou moins augmenté de volume. A tous ces signes vous ajouterez les symptômes fournis par l'état général : troubles digestifs, nausées, vomissements, goûts bizarres, et fréquemment aussi le ptyalisme. Vous pourrez constater le changement de coloration de la peau, les bouffées de chaleur. Tous ces signes n'acquièrent une valeur réelle que par leur réunion, car vous pourrez retrouver la plupart d'entre eux dans d'autres affections : l'ovarite, la métrite, la chloro-anémie, etc. Il faut donc agir avec circonspection et faire preuve d'une extrême prudence dans une recherche aussi délicate. Pajot insiste avec raison sur ce point, et fait remarquer que le médecin est obligé à de grandes réserves, car la vérification de son diagnostic ne peut se faire attendre plus de neuf mois, et sa réputation peut dépendre de l'événement. S'il s'agit d'une jeune femme dont la grossesse ne peut que combler les vœux, vous pourrez exprimer plus librement votre opinion, mais alors encore n'affirmez jamais sans avoir suivi la malade pendant un ou deux mois, afin d'assister à l'évolution des symptômes et de dissiper tous les doutes que vous auriez pu conserver.

C'est la conduite que vous m'avez vu tenir à l'égard de la malade qui est couchée au n° 5 de la salle Sainte-Marie, et chez laquelle je ne puis encore admettre, sans réserves, un début de grossesse dans un utérus en antéflexion.

Revenons, Messieurs, à notre malade, et après avoir trouvé la cause de son aménorrhée actuelle dans son état de gestation, cherchons à expliquer l'aménorrhée antérieure à la conception. J'ai pu hésiter pendant quelque temps pour me former une opinion à ce sujet, mais aujourd'hui, après avoir de nou-

veau interrogé et soigneusement examiné la malade, je ne conserve plus aucun doute : c'est une aménorrhée due à la diathèse tuberculeuse. Nous avons affaire en effet à une femme d'une constitution molle, lymphatique; elle n'a pas eu d'accidents strumeux dans son enfance, il est vrai, mais rappelez-vous les antécédents héréditaires que je vous ai signalés, les nombreuses manifestations de la tuberculose qui se sont montrées dans sa famille; rappelez-vous qu'elle-même tousse depuis deux ans et que cette toux est devenue graduellement plus fréquente. Voyons enfin les signes que nous fournit l'examen direct des organes thoraciques. Nous trouvons, à la percussion, de l'obscurité du son aux deux sommets, surtout du côté droit; à l'auscultation, nous entendons, au sommet gauche, une expiration rude et prolongée avec un peu de froissement pulmonaire et à droite une expiration soufflante accompagnée de quelques craquements; à ce niveau il existe du retentissement manifeste de la voix. Il n'y a pas chez cette malade d'état cachectique, mais une anémie évidente, qui se révèle par son aspect extérieur et surtout par un souffle doux, au premier temps, existant à la base du cœur. Les autres organes sont sains; il n'y a pas d'albumine dans l'urine. Pas de lésion cardiaque organique, bien que la malade nous assure avoir eu du gonflement de la jambe droite; cet œdème doit plus probablement reconnaître pour cause la fatigue ou la compression exercée par l'utérus gravide sur les veines iliaques. Je crois inutile d'insister davantage pour vous démontrer que l'aménorrhée dans ce cas résulte de l'anémie symptomatique de la diathèse tuberculeuse; mais il nous reste une autre question à élucider, celle de savoir comment la conception a pu se produire pendant une période d'aménorrhée.

Si je vous avais enseigné qu'il ne peut y avoir ponte d'un ovule à maturité sans qu'il y ait en même temps un écoulement menstruel, nous ne pourrions admettre la possibilité d'une conception dans l'état d'aménorrhée; mais j'ai plusieurs fois insisté devant vous sur ce fait que, s'il n'y a pas menstruation sans ovulation, le phénomène inverse peut cependant se

produire et le travail de l'ovulation peut, dans certains cas exceptionnels, avoir lieu sans s'accompagner d'écoulement sanguin. Il faut bien vous garder de voir là un argument en faveur de la théorie de *disjonction* entre l'ovulation et la menstruation, vous devez seulement en conclure que la concordance n'est pas toujours parfaite et que l'utérus peut oublier quelquefois d'obéir à l'impulsion fonctionnelle qu'il reçoit de l'ovaire, de la même façon que l'explosion d'une arme à feu peut quelquefois manquer de se produire après l'éclatement de la capsule, sans que pour cela il se soit jamais trouvé personne qui ait osé prétendre qu'il n'y a pas une corrélation intime et forcée entre les déux phénomènes.

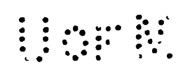
Des autopsies de phthisiques, aménorrhéiques plusieurs mois avant la mort, ont permis de constater des corps jaunes dans les ovaires, preuve irréfutable d'une ovulation récente non accompagnée de flux menstruel. Cela tient incontestablement à ce que, dans l'état d'anémie où elles sont plongées, ces femmes ne peuvent fournir les éléments de l'hémorrhagie menstruelle, quoique leur muqueuse utérine y ait été sollicitée par le travail physiologique qui s'est passé dans l'ovaire. Il en est de même dans la chlorose, dans toutes les cachexies, et dans la convalescence de toutes les maladies graves.

Il serait facile, dans le cas qui nous occupe, de trouver une interprétation plus commode, mais, à mon avis, moins exacte; on pourrait admettre que cette femme, dont la menstruation avait été déjà irrégulière à plusieurs reprises, était sur le point de voir ses règles se montrer de nouveau sous l'influence de la ponte ovarienne; si le coït fécondant n'avait pas mis une entrave à leur apparition, peut-être l'écoulement sanguin se fût-il produit le jour suivant. Telle n'est pas mon opinion, et il nous suffit de savoir qu'un ovule peut arriver à maturité, sans que l'utérus accuse ce travail par un flux sanguin, pour comprendre aisément ce qui s'est passé chez cette femme.

Ce fait, curieux et important de la conception possible chez les femmes aménorrhéiques n'est pas le seul que j'aie observé. Je pourrais vous enciter un certain nombre d'autres non moins pro-

bants et dans lesquels la suppression des règles était sous la dépendance de causes diverses. Un des plus intéressants, par suite de l'interprétation pathogénique à laquelle il donne lieu, selon moi, est celui que M. le Dr Burdel (de Vierzon) a publié dans les *Annales de Gynécologie*, 1879. Il s'agissait d'une femme qui, après un premier accouchement, avait présenté une inversion complète de l'utérus, due à des tiraillements malencontreux exercés sur un placenta adhérent. La réduction de l'utérus fut obtenue, quatre heures plus tard, par M. Burdel appelé à ce moment auprès de la malade, et la guérison fut complète après une longue convalescence succédant à de graves accidents d'hémorrhagie, de péritonite, d'angioleucite, etc. La menstruation ne réapparut pas pendant toute la durée de la convalescence, ce qui s'explique aisément par suite de l'état d'épuisement dans lequel la malade était plongée; mais, fait plus surprenant, elle ne se montra pas davantage lorsque la malade fut entièrement guérie; cependant elle devint enceinte deux ans et demi après son accident et accoucha à terme d'un enfant bien constitué qu'elle allaita. Elle eut depuis deux autres grossesses, également menées à terme, sans que ses règles soient jamais revenues, ni avant ses grossesses, ni depuis ses accouchements, pendant les quinze années qui se sont écoulées depuis que M. Burdel a réduit son inversion utérine.

Il faut, de toute nécessité, pour que cette femme ait pu avoir ses trois dernières grossesses, que les fonctions de ses ovaires aient persisté; il n'est d'ailleurs pas probable que les trois ovules qui ont été fécondés soient les seuls qui aient été amenés à maturité; aussi devons-nous admettre que le travail d'ovulation a eu lieu chez elle comme chez les autres femmes, à dater du jour où elle a été complètement rétablie. Si l'utérus n'a pas répondu à l'appel des ovaires, et s'il n'a fourni aucun écoulement sanguin, c'est sans doute que sa muqueuse avait été profondément modifiée dans sa structure, par son exposition à l'air et par les phénomènes morbides dont elle a été le siège à la suite de la réduction. Peut-être les règles ont-elles été remplacées par un flux leucorrhéique; ce renseignement nous



manque, mais si ce flux lui-même a fait défaut, c est que l'exfoliation de la muqueuse utérine avait amené la destruction plus ou moins complète des glandes mucipares. Malgré cela, tout en demeurant incapable de permettre l'écoulement du sang ou de fournir une sécrétion muqueuse, cette membrane a pu conserver les qualités nécessaires pour recevoir un germe fécondé, lui permettre de se greffer sur elle et de s'y développer dans des conditions parfaitement physiologiques.

Voilà deux faits qui prouvent, à n'en pouvoir douter, que les femmes aménorrhéiques ne sont pas condamnées à coup sûr à la stérilité, et cette question peut avoir une grande importance à propos du mariage. — Je pourrais à ce sujet vous citer des faits assez nombreux, parmi lesquels celui qui a fait le plus d'impression dans notre esprit est relatif à une jeune fille pour laquelle j'ai été plusieurs fois consulté. Agée de 25 ans, charmante à tous égards, fort intelligente, sans aucun vice de conformation, c'est une femme qui possède toutes les qualités désirables pour devenir une épouse parfaite; et cependant quoiqu'elle ait été souvent recherchée et qu'elle ait probablement le désir bien légitime de se marier, elle ne veut pas s'y décider et ses parents font tout ce qui dépend d'eux pour l'encourager dans cette résolution. En voici la raison : fort bien réglée au début pendant quelques mois, elle est devenue aménorrhéique depuis plusieurs années, sans qu'il soit possible de trouver la cause de cette disparition du flux menstruel. Consulté par la mère, justement inquiète, j'ai procédé à un minutieux examen des divers organes, et je n'ai constaté aucune anomalie, aucune altération appréciable, aucune diathèse qui puisse me donner la raison de cette aménorrhée inexplicable, car cette jeune fille ne présente aucun symptôme d'affection ovarique aiguë ou chronique ayant pu détruire plus ou moins complètement le tissu des ovaires et supprimer leur fonctionnement physiologique. Aux questions qui m'étaient posées par la famille, il m'a fallu répondre que la guérison était certainement possible, que peut-être le mariage aurait une influence salutaire, mais que dans l'état actuel de la jeune malade je ne pou-



vais affirmer qu'elle fût capable de devenir mère. J'ai dû répéter plusieurs fois depuis lors les mêmes conclusions aux prétendants qui m'étaient adressés par une mère scrupuleuse peut-être à l'excès; je pouvais leur affirmer que la jeune fille dont ils demandaient la main me paraissait réunir toutes les qualités voulues pour rendre un mari parfaitement heureux et je leur conseillais, s'ils avaient au cœur un véritable amour, de donner suite à leur projet. Mais il m'était impossible de répondre aussi nettement aux questions qu'ils ne manquaient jamais de m'adresser pour savoir si, mariée, cette jeune fille pouvait avoir des enfants ou si du moins elle avait autant de chances qu'une autre de devenir enceinte. Elle présente certainement moins de chances d'être mère qu'une femme dont les règles sont régulières et normales, mais elle en offre plus cependant que bien des femmes qui, parfaitement réglées en apparence, sont atteintes d'affections ovariques ou utérines, et ses chances de grossesse doivent d'autant plus être physiologiquement admises qu'elle a été régulièrement menstruée pendant plusieurs mois. On ne peut d'ailleurs jamais affirmer qu'une jeune fille, même normalement constituée, soit capable à coup sûr d'avoir des enfants; d'autre part, les exemples que je vous ai cités prouvent bien qu'une femme peut concevoir, alors même qu'elle n'a pas vu de flux menstruel depuis plusieurs mois et même plusieurs années. Il serait donc regrettable qu'une jeune fille apte à devenir une épouse charmante et selon toute probabilité une bonne mère de famille, fût injustement condamnée, de par son aménorrhée, à vivre dans le célibat.

Nous chercherons dans une autre leçon si le traitement peut remédier à ce déplorable état de choses, mais je puis vous dire dès à présent que nous sommes le plus souvent bien désarmés en présence de cas semblables.

L'OBSTÉTRIQUE ANTISEPTIQUE
ET LA SEPTICÉMIE EN OBSTÉTRIQUE (1).

Par **R. Barnes** (de Londres).

On a longuement discuté, dans ces derniers temps, sur l'obstétrique antiseptique. Les procédés antiseptiques ne sont, à les bien considérer, que des applications subsidiaires du grand principe général sur lequel repose toute bonne pratique tocologique : garantir l'accouchée contre les poisons et les influences nocives qui la menacent, du dedans, comme du dehors.

Il n'est pas utile de vouer une attention individuelle à ce qui n'est, en somme, qu'une partie d'un axiome thérapeutique. Le point essentiel est d'étudier de haut les phénomènes physiologiques et morbides, pour en tirer les indications justes qui nous permettraient d'appliquer à tous les agents thérapeutiques ou à chacun de ceux dont nous disposons. Fixer notre attention trop exclusivement sur l'un de ces agents nous ferait courir le risque de négliger les autres, et de nous faire perdre de vue le principe qui dirige tous les faits, la force qui les conduit vers un but déterminé.

Pour arriver à la notion du traitement, nous devons donc chercher à bien connaître les conditions qui, par elles-mêmes ou aidées par d'autres, menacent l'accouchée. Les maladies puerpérales ont leur base dans la gestation; l'accouchement terminé, les causes morbigènes s'éveillent; de nouveaux dangers surgissent. Toute maladie puerpérale renferme un de ces éléments. La suite prouvera la vérité de ce que j'avance; mais je dois poser une proposition fondamentale qui différencie les maladies gestatives des maladies puerpérales.

Les maladies gravidiques présentent une haute tension vasculaire et nerveuse; les maladies puerpérales offrent une tension

(1) Travail publié dans *l'American Journal of obstetrics*, et traduit par M. le Dr Cordes.

vasculaire et nerveuse faible. Chez la femme enceinte, la balance osmotique est centrifuge; elle est centripète chez l'accouchée. Les maladies de la femme enceinte sont caractérisées par l'excrétion de conditions naturelles; ainsi voyons-nous la tension excessive se traduire par l'albuminurie et l'éclampsie et les hémorrhagies de la gestation. L'organisme *construit;* tout est subordonné à ce travail. A peine est-il terminé que nous assistons à la *démolition,* à l'expulsion du trop plein; l'absorption et l'excrétion sont devenues les forces dominantes. Sans doute, l'absorption, proportionnée aux nécessités de la construction, se fait activement dans la grossesse; mais cette absorption ne ressemble point à celle des matériaux de rebut, qui, ayant rempli leur but, doivent être éliminés. Ces rebuts, s'ils ne sortent, peuvent être aussi toxiques que les éléments de l'urine résorbée. Aussi voyons-nous la thrombose, la phlegmatia dolens, la septicémie, fort rares dans la grossesse, devenir communes dans la puerpéralité. Avant de discuter sur « l'obstétrique antiseptique », nous devons nous former une idée nette sur la « septicémie obstétricale ». Lorsqu'une accouchée est saisie par une fièvre, son état est complexe. Un seul mot ne saurait embrasser rigoureusement les divers facteurs engagés. Une expression concise peut rarement, si même elle le peut jamais, rendre compte d'un fait physiologique; elle omettra des facteurs importants; plus elle sera frappante et brève, plus elle sera trompeuse. Au lieu de définir la septicémie, je vais essayer de la décrire : le mot septicémie, en accouchement, est lui-même une définition. S'il ne nous indique que la présence d'un poison spécial dans le sang de l'accouchée, il est loin de nous dire tout; il nous fait un tableau fort incomplet de ce qui a pénétré dans le sang de l'empoisonnée.

Si donc nous continuons à employer le mot septicémie, qui est trop commode pour qu'on le rejette, il nous faut lui donner un sens plus large et plus élastique. Tout d'abord, je voudrais que ce mot signifiât pour nous, non qu'il s'agit d'un poison septique distinct, mais qu'on l'employât dans un sens plus large, comme un terme général, indiquant que le sang de la malade

est empoisonné. Théoriquement, nous pouvons imaginer un poison spécifique, et le nommer *sepsine;* mais pouvons-nous en faire une entité physique ou clinique?

Koch enferme sous le nom de septicémie tous les cas d'infection traumatique générale où l'on ne rencontre pas de dépôt métastatique, et ceux où l'on en trouve, sous le nom de pyohémie. Si l'on peut établir, et Koch n'en paraît pas fort éloigné, qu'on né trouve guère de bactéries dans le sang des septicémiques, tandis qu'elles sont communes dans la pyohémie, sa distinction a une bonne base scientifique. Des recherches poussées dans cette direction seront fertiles en résultats pratiques; cependant c'est l'observation clinique qui doit être le point de départ. Nous pouvons voir la septicémie de Koch tourner en pyohémie. Ces deux affections diffèrent-elles *ab initio?* La question semble insoluble pour le moment, toute intéressante qu'elle soit. Nous pouvons cependant, quant il le faut, prendre les mots dans le sens que Koch leur donne. Mais il nous faut un terme général et compréhensif; aucun n'est meilleur que le vieux mot *toxhémie*, qui ne cache aucune théorie; il dit seulement qu'un poison a été introduit dans le sang, ou s'y est développé. Appuyés sur des symptômes bien connus, nous avons vérifié le fait; nous procédons ensuite à l'analyse, à la différenciation, si elle est possible, et nous déterminons à quel poison particulier nous avons affaire.

Si nous donnons au mot septicémie le même sens qu'à toxhémie, le terme obstétrique antiseptique devient plus compréhensif, et nous nous formons une idée plus utile, plus clinique, de l'un des problèmes les plus profondément intéressants de l'obstétrique.

Cherchons donc les facteurs du problème :

1° Dans le sang de la femme, modifié par le processus de construction et de nutrition de l'embryon et de l'utérus, nous trouvons un excès de fibrine, une diminution du nombre des globules rouges, une augmentation dans la quantité de l'eau et dans le nombre des globules blancs. C'est ce sang que possède la femme au moment du travail, différent du sang d'une

femme en dehors de la grossesse, et dans lequel s'élaborent les processus puerpéraux. Mais ce n'est pas tout, l'organisme entier subit des modifications. Tarnier, dans son Traité d'accouchement, nous dit que la science apporte chaque jour des faits qui nous obligent à conclure que la femme enceinte n'a pas une fibre, pas une goutte de sang qui n'ait subi une transformation. Si la femme a perdu beaucoup de sang pendant ou après le travail, son sang est plus aqueux et plus riche en fibrine. L'excès des matériaux albuminoïdes augmente l'osmose centripète.

2° La tension vasculaire et nerveuse a baissé et a modifié la dynamique circulatoire.

3° Au travail succède un stade de repos, de préparation au processus de désorganisation des tissus produits pendant la gestation, maintenant superflus, et l'élimination des rebuts. Cette période dure environ quarante-huit heures ; il est rare de voir une auto-intoxication se manifester avant le troisième jour.

4° A la fin du second jour a commencé la désagrégation dans l'utérus et les autres organes ; une immense révolution va se faire : les produits de cette désintégration sont promptement résorbés, *et devraient être aussi promptement excrétés*. L'absorption se réveille, les vaisseaux lymphatiques et les veines fonctionnent activement. Si le système lymphatique, et surtout le foie, manquent à transformer les rebuts qu'ils reçoivent, à les rendre aptes à rentrer dans le torrent circulatoire, ces matériaux, mal préparés, sont toxiques : première forme de septicémie.

5° Alors même qu'ils sont suffisamment *digérés*, s'ils ne sont pas rejetés au fur et à mesure de leur absorption, ils s'accumulent dans l'organisme : autre forme de septicémie. Il faut donc que les émonctoires, les reins, la peau, les poumons, fonctionnent aisément et activement.

6° Puis la conversion des rebuts et leur excrétion peuvent se mal faire ; d'où résulte une toxhémie complexe, toute autogénétique, sans cause extérieure.

7° D'autres dangers encore sont imminents. Il est un fait remarquable — qui a son intérêt même en dehors de notre

étude actuelle — que toutes les étapes de la reproduction sont marquées par des blessures : la déhiscence du follicule, la déchirure fréquente de l'hymen et de la fourchette dans le coït, la rupture du col pendant le passage du fœtus, la séparation du placenta, la lacération du périnée, en sont des exemples. Un autre fait, non moins constant, quoique moins visible, est la contusion violente que subit la muqueuse génitale pendant le travail. Elle est le siège d'un phénomène comparable au glissement des glaciers : la muqueuse, en contact avec la tête, est entraînée par le frottement, qui la sépare du tissu sous-jacent ; quelques vaisseaux sont déchirés. De là l'ecchymose qu'on trouve autour du col si l'on fait l'autopsie dans l'espace d'une semaine après l'accouchement ; le tissu conjonctif renferme du sang extravasé et du sérum. Au bout de deux ou trois jours, le revêtement épithélial, meurtri, commence à s'exfolier plus ou moins suivant les points considérés, mais surtout sur le col.

A ne voir les faits qu'en ce qui concerne notre étude actuelle, nous trouvons un traumatisme, dont le rôle est si important dans la septicémie puerpérale. L'école allemande a tout particulièrement insisté sur les déchirures du col et du périnée; la plaie laissée par le détachement du placenta a été comparée par Cruveilher, Robert Ferguson et d'autres, à un moignon d'amputé; mais on n'a pas, que je sache, considéré la dénudation de la muqueuse. Je suis cependant porté à croire qu'elle a une part considérable dans le processus toxique; c'est la route la plus constante et la plus directe du poison (*septicode*).

8° De cette surface partent plusieurs routes ouvertes au poison. S'il ne s'accumule aucun poison dans cette septicode, les blessures guérissent bien, la porte se ferme. Il importe peu que la surface traumatique soit étendue; mais, si le sang ou les lochies demeurent dans le vagin ou l'utérus, et que l'air arrive à leur contact, la décomposition se produit ; le liquide putrescent qui baigne le canal blessé trouve aisément son entrée dans l'organisme, d'où résulte une forme de toxhémie autogénétique différente de celle qui vient de la simple accumulation de re-

buts mal digérés, ou en excès, en ce qu'il s'y ajoute les lochies putrides. L'état est donc complexe ; le sang a les caractères que lui imprime la grossesse, il est de plus modifié par les rebuts qu'il charrie ; enfin, il contient les produits putrides que lui ont livrés les blessures des muqueuses. Lorsque le sang est empoisonné, le processus naturel d'épuration, l'excrétion des rebuts se fait mal, l'équilibre est rompu entre la désagrégation, l'absorption et l'excrétion. Ainsi la septicémie simple, telle qu'on l'a imaginée et décrite, n'existe pas.

9° L'accouchée peut puiser à d'autres sources les principes toxiques ; elle peut être en contact avec des poisons venus du dehors et les absorber ; ainsi le doigt qui la touche peut lui inoculer le poison cadavérique, ou d'autres poisons morbides ; les éponges ou les linges peuvent en être les véhicules. Il est probable que, dans quelques cas, les bactéries jouent un rôle important. Nouvelle complication amenée par la présence aggravante des miasmes extérieurs.

10° L'accouchée est particulièrement apte à l'absorption des poisons zymotiques : typhique, varioleux, scarlatineux, morbilleux, érysipélateux. On a dit que la scarlatine d'une accouchée est une simple scarlatine ; c'est quelque chose de plus ; le virus scarlatineux trouve dans le sang puerpéral, chargé de rebuts qu'il est impuissant à chasser, un milieu singulièrement favorable à son œuvre morbide. Le sujet peut avoir eu déjà la scarlatine ; elle peut avoir joui de l'immunité la plus absolue ; jusqu'au moment où elle a conçu, le poison n'avait pas de pouvoir sur elle ; absorbé par un organisme rebelle, il ne fermentait pas, il était promptement rejeté. Mais, s'il pénètre dans un organisme puerpéral, son élimination est arrêtée, l'incendie morbide s'allume (1). La toxhémie est composée des formes auto-

(1) Cette opinion est contraire à celle de Gardien (t. II, p. 29). « Dès qu'une femme est grosse les probabilités de sa vie augmente. » V. aussi, *Ann. Gyn.*, 1879, t. I, p. 321, le cas du Dr V. Gautier, une rougeole ayant évolué normalement chez une femme enceinte. Je connais un cas où le principe scarlatineux a traversé l'organisme maternel, pour infecter le fœtus sans influencer la mère. (A.C.)

gènes indiquées plus haut, et du poison scarlatineux; c'est bien autre chose qu'une scarlatine simple; l'éruption manque souvent. On peut douter que le poison subisse les stades de fermentation qui caractérisent la scarlatine simple : il vit différemment dans ce terrain spécial, et trouble le processus puerpéral; il arrête ou prévient la désagrégation, l'absorption lymphatique, l'action du foie et des vaisseaux blancs, gêne les fonctions des poumons, de la peau, des reins. Nous avons donc affaire à un poison qui n'est ni le poison des rebuts non expulsés, ni la septicémie, ni la pyohémie, ni la scarlatine, mais un composé de ces ferments, ou peut-être un nouveau poison non dénommé, résultat de leurs réactions réciproques.

11° Il ne faut point omettre un autre facteur : les troubles émotionnels ont leur mot à dire dans cet état. Une *tempête émotive* peut affecter le cœur et la nutrition, de telle sorte que le sang se caille subitement; chacun sait l'influence d'une secousse morale sur les sécrétions et les excrétions; on la connaît moins dans l'état puerpéral, mais il est certain qu'une émotion impressionne profondément la nutrition, la circulation et les sécrétions.

Une émotion est fréquemment la cause génétique la plus évidente d'une fièvre puerpérale; sinon la cause première, au moins la cause secondaire et aggravante.

Nous pouvons, cela posé, reconnaître trois formes de fièvre puerpérale.

1° Empoisonnement autogénétique, venant d'un défaut d'équilibre entre l'absorption et l'excrétion des rebuts. Appelons-la *endosepsis*, puisque le poison naît dans l'organisme de l'accouchée.

2° Empoisonnement autogénétique, résultant de l'absorption des produits de décomposition de l'utérus. Nous l'appellerons *autosepsis*, puisque l'accouchée se pénètre du poison qu'elle-même a produit. C'est la forme qui a le plus souvent reçu le nom de septicémie.

3° Empoisonnement venu du dehors; nous lui donnerons le nom *d'exosepsis*. L'endosepsis peut exister seule, l'autosepsis

suppose l'endosepsis, l'exosepsis est le produit des trois formes.

L'endosepsis n'est pas, je crois, communicable ou infectieuse, l'autosepsis l'est au contraire ; les pertes d'une accouchée, si elles sont nocives pour elle-même, peuvent empoisonner d'autres accouchées. L'exosepsis est indiscutablement infectieuse ; elle l'est en sa double qualité d'autosepsis et de zymote.

Connaissant les poisons qui menacent l'accouchée, et les pertes qui leur donnent passage, nous sommes mieux armés pour la protéger. Nous avons deux buts à nous proposer : d'abord tenir à l'écart les poisons extérieurs ; puis combattre l'effet nocif de ceux qui auraient pénétré.

La condition première, essentielle, est de mettre l'organisme en état de se défendre, d'assurer le fonctionnement des organes de la nutrition et de l'excrétion. C'est faire de vraie obstétrique antiseptique, dans le sens général et large. L'emploi du listérisme ou des précautions antiseptiques vulgaires est de l'obstétrique antiseptique, dans le sens restreint.

Malheureusement il n'est pas toujours possible de remplir la première condition ; mais prenons l'accouchée telle qu'elle est, avec ses reins et son foie impuissants, ses nerfs faibles, sa fibre délicate, sa peau et ses poumons incapables d'accomplir leur tâche. Là s'applique un aphorisme que j'ai énoncé : *la grossesse est le grand critérium de la solidité d'une femme* (1). Bien des femmes ne supportent pas cette épreuve ; les unes avortent, d'autres vont un peu plus loin, d'autres échouent dans l'accouchement, d'autres succombent dans les couches.

Vers le troisième jour, une légère élévation de la température et du pouls prouve que l'accouchée a un peu de fièvre. On l'appelle « fièvre de lait », parce que l'on suppose que l'instauration de la fonction mammaire cause un trouble fébrile. On la nomme aussi « fièvre éphémère »; mais il faut voir si ce mouvement fébrile est réellement dû à la sécrétion lactée, s'il est physiologique, s'il est constant. Il ne l'est pas si les mamelles sont saines ; si elles fonctionnent normalement, il ne

(1) *Gynecological Transactions*, vol. I, et *Lumbian Lectures*, 1873.

se produit aucune fièvre ; si la fièvre paraît, elle gêne la sécrétion du lait. Si le sein n'est pas apte à sécréter, la fièvre se produit.

Le Dr Fancourt Barnes a fait des observations qui semblent fixer ce point. Tant que les précautions antiseptiques n'étaient pas prises au *British Lying Hospital* (1), les accouchées avaient fréquemment une température élevée. Depuis qu'on emploie les antiseptiques, on n'a plus guère vu de température au-dessus de la normale.

La vérité est que le troisième jour est à peu près le moment où commence le processus d'absorption ; les deux jours qui suivent immédiatement l'accouchement sont une période de repos, pendant laquelle la désagrégation de l'utérus et des tissus superflus ne fait que commencer ; les rebuts sont encore peu abondants et ne peuvent guère causer de la fièvre. S'il reste du sang ou d'autres liquides dans l'utérus, ils ne se décomposent guère avant deux jours, pour donner des produits septiques absorbables. Mais, dès le troisième jour, les rebuts coulent dans le sang, la décomposition peut avoir commencé dans l'utérus, l'absorption, déjà active, va s'exercer. Telle est la cause de la fièvre (2) : la glande mammaire travaille dans le trouble général, elle ne peut fonctionner normalement ; comme elles sont placées de façon à être aisément observées, on attribue à leur lutte contre la fièvre la fièvre elle-même :

1° La leçon qui découle de ces données est qu'il faut commencer de bonne heure le traitement antiseptique, dès le début du travail.

Le point le plus important est d'obtenir une contraction permanente de l'utérus.

---

(1) Plusieurs des collaborateurs de ce journal ont pu voir, grâce à l'obligeance du Dr F. Barnes, combien sont minutieuses et intelligentes ces précautions (A. C.)

(2) Graily Hewitt a remarqué que la « fièvre de lait » est plus fréquente chez es femmes qui mangent peu et Playfair la considère comme un phénomène anormal (A. C.)

Il est inutile d'insister sur une nécessité aussi généralement reconnue; mais ce n'est pas trop de parler des moyens à employer. Ce qu'on se propose d'abord, en assurant la contraction, c'est d'éviter l'hémorrhagie et par suite la septicémie. Sans parler des manœuvres de la délivrance, je ne veux qu'insister sur l'utilité du bandage et de la compresse qu'on place sur l'utérus. La compression exercée ainsi sur l'utérus non seulement tend à provoquer la contraction utérine, mais elle combat l'aspiration qui attire l'air dans l'utérus et qui est une des causes actives de la putréfaction ; elle s'oppose à l'osmose centripète. Il est bon de donner un laxatif, le jour qui suit l'accouchement, et il arrive fréquemment que, pendant l'effort de la défécation, l'utérus, participant à l'action expulsive, rejette un caillot. Il se contracte ensuite avec plus de facilité. Les oxytociques aident à maintenir la contraction. Depuis plusieurs années, je donne toujours, après l'accouchement un mélange de quinine, d'ergot et de digitale, et je le fais prendre pendant trois semaines trois fois par jour; sous son influence l'utérus se rétracte remarquablement bien ; l'accouchée sent fréquemment une contraction après chaque dose. Je regarde ce traitement comme le premier pas de l'obstétrique antiseptique ; il ferme la porte devant l'ennemi.

2° Puis il faut *laver l'utérus*. L'eau tiède peut être employée, mais une solution au cinquantième d'acide phénique vaut mieux. On doit faire une injection ou deux dès le second jour. Le premier jour, nous l'avons vu, il n'y a que peu de risque d'absorption, et il est important de remuer l'accouchée le moins possible. A la moindre élévation du pouls ou de la température, il faut faire une injection intra-utérine. Ceux qui font ces irrigations peuvent témoigner combien chaque lavage fait tomber le pouls, cesser les frissons et autres signes de toxhémie, et combien elles rendent l'accouchée capable de sortir d'une maladie menaçante. Le meilleur procédé consiste à se servir d'un siphon à réservoir supérieur qui assure un courant régulier sans secousses, et qui permet d'éviter l'accès de l'air.

Les injections phéniquées ou iodées ont trois avantages:

Elles lavent, elles stimulent le canal génital et le mettent dans un état moins favorable à la reproduction des produits putrides; enfin, une petite quantité de l'iode ou de l'acide phénique est absorbée, et chasse ou neutralise les poisons. Nous poursuivons ainsi l'ennemi par la porte qui lui a donné passage; l'utérus et le vagin, qui ont servi de septicode, servent aussi de chemin au contre-poison. Nous ne devrions pas faire des injections utérines sans penser à l'immortel Harvey, qui, par leur moyen, a sauvé une dame qui allait mourir de septicémie.

En faisant l'injection, nous nous rendons un compte exact de l'état de l'utérus; la rétention des lochies est souvent causée par une flexion en avant ou en arrière.

Il faut, cela va de soi, réduire la flexion avant de faire le lavage et maintenir l'organe dans une bonne position.

En plus des injections, il faut avoir une solution phéniquée dans la chambre et y laisser la sonde, ainsi que les éponges, si l'on s'en sert, mais il vaut mieux employer de l'étoupe fine, trempée dans la solution phéniquée, et la jeter aussitôt après s'en être servi. Au lieu de serviettes qui sont souvent des agents de contagion, en revenant du blanchissage, mais non du nettoyage, on doit employer les « garnitures des dames » (*ladies towels*), qui sont faites de coton peu serré, ou d'étoupe fine, imprégnée d'acide phénique ou d'un autre antiseptique (1). On les brûle après s'en être servi. Le médecin et la garde ne devront toucher l'accouchée qu'après s'être lavé les mains avec de l'eau phéniquée et se les être graissées avec de la vaseline phéniquée aussi, mais non avec de l'axonge ou une graisse animale. Les bassins doivent être lavés avec la solution phéniquée, et on doit y laisser un peu de cette solution à demeure.

Il est probable que l'acide sulfureux, à l'user, sera encore

(1) Celles que je me suis fait montrer en Angleterre sont des carrés longs, formés d'une gaze renfermant du coton cardé et que les femmes emploient pendant leurs règles; leur prix, peu élevé, revient pour chacune à peu près à celui du blanchissage d'une serviette (A.-C.)

préférable, comme antiseptique, à l'acide phénique. L'acide phénique dans les ovariotomies agit certainement quelquefois comme poison pour l'opérée et pour ceux qui assistent à l'opération. Dans ces derniers temps, nous avons employé l'acide sulfureux avec autant d'avantage au moins que l'acide phénique, et sans le danger que je viens de signaler. Dans ses recherches, Dutrochet a trouvé que la moindre trace d'acide sulfureux arrête l'osmose ; on peut l'employer dans la proportion de une partie sur quarante d'eau.

3° Tout en prenant nos précautions pour exclure les produits putrides du canal génital, nous devons *avoir soin d'exclure aussi des poumons et de la peau l'air chargé de miasmes.* Il est nécessaire, personne n'en doute, d'avoir de l'air pur en quantité, mais ce n'est pas toujours aisé. La nuit surtout, il est utile d'avoir du feu, pour obtenir la ventilation (1). Au moyen d'une soupape inventée par Arnott, le feu entraîne l'air putride qui monte au plafond, et qui est constamment remplacé par l'air pur venant d'en bas.

Il est de la plus grande importance d'éviter tout refroidissement, qui pourrait gêner l'action normale de la peau, des poumons, des reins ou de l'intestin ; les organes excréteurs doivent être maintenus dans un fonctionnement régulier.

4° Goodell a beaucoup insisté sur *le drainage de l'utérus* ; son principe est admirable. Il n'est pas douteux que, dans le décubitus dorsal, le sang et les vidanges risquent de stagner dans l'utérus mal rétracté et le vagin. Il recommande de faire asseoir l'accouchée de temps en temps, pour permettre aux liquides de s'écouler. Lorsque la femme est forte, on peut *quelquefois*, après quelques jours — je dis *peut-être* — suivre son conseil, et s'en bien trouver ; mais, chez les sujets faibles, les plus exposés à la septicémie, et surtout après des hémorrhagies, l'assoiement

(1) En toute saison, et lors même que la température extérieure permet de laisser la fenêtre ouverte, j'exige un feu flambant continuellement entretenu dans la chambre de mes accouchées ; j'attribue à cette précaution le fait que pas une d'elle n'a eu de fièvre (A.-C.)

a souvent causé une syncope, et la mort subite. Si nous maintenons une pression ferme sur l'hypogastre, et que les irrigations antiseptiques soient bien faites, le drainage est assuré. De plus, si le lit est bien fait, si la tête et les épaules sont un peu plus élevées que le bassin, l'écoulement se fera suffisamment; le décubitus dorsal vaut mieux que le latéral, pour le drainage.

5° On oppose une *barrière* puissante à l'absorption des miasmes, *en fournissant une bonne nourriture à l'accouchée* (1). Mieux l'organisme est nourri, moins il absorbera de poison. Oldham est, je crois, le premier qui leva l'étendard de la révolte contre la diète au gruau établie pendant la première semaine; il ne faut pas néanmoins tomber dans l'extrême contraire. Pendant les deux premiers jours, l'organisme a besoin de repos autant que de nourriture. Les aliments peu assimilables risquent de charger l'estomac et de ne pas digérer. Les bouillons légers, le thé de bœuf, le lait, le pain rôti, les œufs préparés de diverses manières suffisent, durant les deux premiers jours. On augmente graduellement la qualité de l'aliment. Les stimulants légers ont leurs indications, mais on peut en général éviter les alcooliques.

CONCLUSIONS : 1° Tenir la porte fermée contre l'ennemi, en assurant la contraction utérine;

2° Empêcher la naissance et l'accumulation de l'ennemi, en arrosant le canal avec des liquides antiseptiques;

3° Chasser l'ennemi, à mesure qu'il entre, en maintenant en activité les organes excréteurs;

4° Garder la chambre de l'accouchée contre les poisons extérieurs;

(1) Comme exemple : Il y a quelque temps, ayant, avec l'aide d'une sage-femme, accouché une femme pauvre qui devait allaiter, j'ai voulu la nourrir dès le premier jour; la sage-femme se refusant à exécuter mes ordres, je me retirai, on me rappella le lendemain, l'accouchée avait un léger mouvement fébrile qui céda pour ainsi dire à l'instant à un bon bifteck (A.-C.).

5° Fortifier l'accouchée contre les attaques de l'ennemi, en lui donnant une nourriture saine.

L'obstétrique antiseptique dans les maternités.

Des femmes saines, soignées comme il vient d'être dit, accouchant chez elles, présenteraient peu d'exemples de septicémie fatale. Mais, lorsqu'on réunit plusieurs femmes en couches dans un même bâtiment, il est beaucoup plus difficile de les garantir, les dangers augmentant rapidement. Si l'on pouvait écrire l'histoire vraie de bien des maternités, nous verrions un terrible nombre de vies sacrifiées à l'ignorance, au mépris insouciant de l'autorité médicale, à la folie des architectes, à la mauvaise administration, à une expérimentation scandaleuse des fantaisies. La bonté ignorante, elle-même, quand elle se substitue à la bonté éclairée par la science, ne fait que des malheurs; nulle part elle ne compte plus de victimes que dans les hôpitaux d'accouchements.

Dans les hôpitaux, la septicémie et les autres formes de la fièvre puerpérale ont une tendance active à se répandre. Nombre de soi-disant épidémies de fièvre puerpérale n'ont certainement été que des fièvres zymotiques. Mais une autre classe d'épidémies apparentes doivent sans nul doute leur origine et leur extension à la contamination par le *poison puerpéral;* j'entends par ce mot le produit de la décomposition du sang et des pertes lochiales. Le poison qu'une accouchée a produit peut se transmettre à une autre, et ainsi de suite, dans toute une salle; *proxima ardet*; le feu s'étend rapidement quand le combustible ne manque pas.

La première condition, impérative pour la sécurité des femmes dans une maternité, est l'autorité unique et absolue du médecin. Si elle lui est refusée, son devoir humain et professionnel est de donner sa démission. C'est la condition sous laquelle il soigne une malade chez elle. Il est d'autant plus nécessaire qu'il l'impose, quand il a plusieurs femmes à soigner.

Le principe directeur est d'assimiler, autant que faire se peut, les conditions d'une accouchée à l'hôpital à celles qu'elle trouverait dans son domicile; il faut isoler autant que possible, et prendre toutes les précautions nécessaires pour qu'une maladie survenant chez une femme ne se communique pas à d'autres.

Un court résumé du système pratiqué par Tarnier à la Maternité de Paris, et décrit par lui à la section obstétricale du Congrès de 1881, montrera très nettement l'application du principe. M. Tarnier dit que, en 1856, lorsqu'il était interne à la Maternité, la mortalité s'élevait à 5/100. Elle est réduite à 2/100 dans l'hôpital et à 0,75 dans le pavillon qu'il a fait construire il y a quelques années. Le point important c'est que, dans ce pavillon, chaque femme a une chambre pour elle seule, ouvrant sur le dehors, de sorte que les infirmières ne peuvent passer d'une chambre à l'autre, sans sortir à l'air libre. Les meubles sont en fer, les murs, les planchers, les plafonds sont imperméables; les matelas et les oreillers sont garnis de balle d'avoine; on les brûle après qu'ils ont servi une fois. Au lieu du *macintosch*, on se sert d'un papier rendu imperméable par de la poix; on le brûle aussi quand il a servi. Tarnier a expérimenté, pour le lavage des parties génitales, plusieurs antiseptiques : le borax, l'acide phénique, l'acide sulfureux et le bichlorure de mercure. Il a trouvé que ce dernier est le plus puissant germicide.

La description que donne le Dr Fancourt Barnes du système employé au *British Lying in Hospital*, montre quelles sont les règles nécessaires pour éviter le mal. Les femmes sont délivrées dans le *spray*, qui désinfecte les gardes et les élèves, et empêche l'action des germes putrides dans le canal vulvo-utérin, lorsqu'il s'ouvre pour donner passage au fœtus. Tous les lavages, toutes les injections, tous les examens sont faits avec une solution phéniquée. Un *spray* phéniqué au 1/80 fonctionne presque continuellement dans les salles. Pendant la première semaine, l'accouchée prend trois fois par jour un mélange de quinine, d'ergot et d'opium pour assurer la contraction uté-

rinc (1). Depuis qu'il agit ainsi, il n'a que rarement vu la température s'élever après l'accouchement.

Nous pouvons donc espérer de voir le jour où les femmes accoucheront dans les hôpitaux sans courir plus de dangers que chez elles.

REVUE DE LA PRESSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TUMEURS DU LIGAMENT ROND
(*Fibromes et fibro-myômes du ligament rond*) (2).

Par le Dr Duplay
Professeur à la Faculté de Médecine.

I.

L'histoire des tumeurs du ligament rond est entièrement à faire. C'est en vain que l'on chercherait soit dans les traités généraux de chirurgie, soit dans les ouvrages de gynécologie, un article spécial consacré à leur étude.

Cette absence complète de travaux d'ensemble sur le sujet qui nous occupe s'explique, sans doute, par l'extrême rareté de ces tumeurs; car des recherches assez laborieuses, faites dans la littérature médicale française et étrangère, ne nous ont pas permis de recueillir plus de 5 observations se rapportant à des néoplasmes bien avérés du ligament rond.

Dans tous ces faits, le point de départ de la néoplasie a été reconnu soit pendant l'opération, soit à l'autopsie. J'ai eu tout

---

(1) Acide phosphorique dilué................. X gouttes.
Extrait liquide d'ergot.................. XX —
Teinture d'opium...................... V —
Eau.................................. Une once.

(2) Extrait des *Archives générales de médecine*. Mars, 1882.

récemment la bonne fortune d'observer un sixième fait de tumeur du ligament rond, dont je n'ai, pas plus que mes devanciers, reconnu avant l'opération la véritable origine. Je rapporterai tout d'abord cette observation.

Observation I. — Marie G..., âgée de 52 ans, cuisinière, entre, le 7 mai 1881, dans mon service, à l'hôpital Lariboisière. La malade a toujours joui d'une excellente santé; elle a eu à 26 ans un accouchement qui n'a laissé aucune suite fâcheuse; elle n'a jamais présenté de trace de hernie.

Il y a dix-huit mois environ, elle ressentit, pour la première fois, une douleur occupant l'aine droite, descendant sur la face antérieure de la cuisse, le côté interne du genou, s'étendant quelquefois jusque dans la jambe, et qui, dans ces derniers temps, est devenue parfois assez vive pour l'empêcher de se tenir debout. Cette douleur revenait d'ailleurs à intervalles assez éloignés, toutes les semaines environ, et surtout à la suite de fatigues. Il y a huit mois, la malade s'aperçut de l'existence, sur les limites de l'aine et de la grande lèvre droite, d'une petite tumeur allongée, comparable au petit doigt pour la forme et le volume, tumeur absolument indolente, mobile dans tous les sens, ne subissant ni augmentation ni diminution sous l'influence de la toux et des efforts, mais paraissant prendre quelquefois vers le soir un léger accroissement de volume.

Cette tumeur, qui n'a jamais présenté d'apparence de réduction, a grossi assez rapidement, en remontant surtout du côté de l'aine, et descendant un peu vers la grande lèvre.

Elle présente actuellement le volume d'un œuf d'autruche de dimensions moyennes; elle est de forme régulière, ovoïde, et sa direction suit celle du pli inguinal. L'extrémité supérieure de son grand diamètre atteint l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre extrémité répondant à la partie supérieure de la grande lèvre. Elle déborde le pli de l'aine par en bas, et remonte jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures.

La longueur du grand axe est de 30 centimètres, celle du

petit de 20 centimètres, à la partie moyenne de la tumeur et en suivant dans les deux mensurations le contour de cette dernière. La peau est saine, mobile sur la tumeur, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. Les veines sous-cutanées sont légèrement développées.

La consistance est charnue, avec un ou deux points plus résistants. Vers la grande lèvre, le tissu est plus dur et comme fibreux. En aucun point, on ne perçoit de fluctuation. La tumeur est, dans toute son étendue, mate à la percussion; elle est absolument irréductible et nullement influencée par la toux et les efforts. Quoique très mobile dans le sens de son grand et de son petit axe, elle adhère profondément un peu au-dessus du ligament de Fallope, et il est impossible de la détacher complètement de l'aponévrose du grand oblique, non plus que de l'orifice externe du canal inguinal. Il n'existe aucune adhérence du côté de la grande lèvre.

Rien du côté droit du vagin, avec lequel la tumeur n'affecte du reste aucune relation; rien dans la fosse iliaque.

La tumeur est absolument indolente; les douleurs irradiées persistent comme auparavant.

Depuis sept mois, la malade n'est plus réglée; la santé générale est d'ailleurs excellente; les fonctions digestives s'accomplissent à merveille; dans ces derniers temps, la malade a même engraissé.

Le diagnostic porté est celui de *sarcome des ganglions inguinaux.*

Opération le 13 mai 1881, sous le chloroforme. Incision suivant le grand axe de la tumeur. Au lieu d'énucléer celle-ci d'un seul coup, ce qui serait facile, je dissèque avec soin l'atmosphère celluleuse très lâche qui entoure la tumeur, et je l'enlève en même temps que cette dernière. Il n'existe d'adhérences solides qu'au niveau de l'orifice inguinal externe, à travers lequel la tumeur se continue par une sorte de pédicule, à peine gros comme le petit doigt et d'apparence fibreuse. Le pédicule ayant été sectionné au devant d'une pince, on s'assure de nouveau qu'il sort bien de l'orifice externe du canal inguinal, et, comme

il semble un peu infiltré, altéré, on en résèque une portion aussi longue que possible, 1 centimètre 1/2 environ, et on lie en masse.

Réunion exacte des lèvres de la plaie, après application d'un drain qui la traverse dans toute sa longueur.

Pansement phéniqué ordinaire.

23 mai. La plaie est réunie sur toute son étendue, sauf en un point situé à la partie inférieure, où la suppuration est minime, et où on laisse un petit drain.

Le 28. La malade accuse depuis hier, à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, une douleur assez vive, accompagnée d'élancements. On trouve au niveau du triangle de Scarpa un léger empâtement. Pas d'œdème du membre inférieur, pas de fièvre, perte de l'appétit.

Le 30. Œdème marqué du membre inférieur droit.

2 juin. L'œdème a encore augmenté. Il s'accompagne aujourd'hui d'une douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 4. La plaie est entièrement cicatrisée.

A partir du 14 juin, le gonflement va en diminuant, et dès la fin du mois la guérison peut être considérée comme complète.

10 juillet. La malade quitte l'hôpital en parfait état de santé. Il n'y a aucune apparence de récidive et la phlegmatia alba dolens n'a laissé d'autres traces qu'un léger développement variqueux des veines superficielles du membre inférieur correspondant.

Examen de la tumeur pratiqué au laboratoire du Collège de France par M. Malassez.—Cette tumeur, de forme ellipsoïde, du volume des deux poings, complètement enveloppée et isolée par une capsule cellulo-fibreuse, présente une surface extérieure lisse, avec un pédicule du volume d'un très gros tuyau de plume.

A la coupe, qui rappelle exactement celle d'une tumeur kystique du testicule, le tissu se déchire d'une façon réticulée, il est d'aspect fibreux, avec un grand nombre de petites cavités, contenant un liquide séreux citrin assez abondant. Beaucoup

de ces petites loges communiquent entre elles, et donnent à l'ensemble du tissu un aspect myxomateux. En détachant l'enveloppe adventice, on voit partir du voisinage du pédicule, et s'étendre à la surface de la tumeur, des faisceaux ayant l'aspect de fibres musculaires lisses, irradiant vers la périphérie, et présentant des anastomoses transversales, ce qui donne à la surface de la tumeur un aspect réticulé. Il existe des faisceaux qui ne partent pas du pédicule, mais passent en sautoir à son voisinage.

Tous ces faisceaux périphériques pénètrent la tumeur par des faisceaux secondaires qui s'en détachent, et viennent former la trame fibreuse.

Le pédicule est constitué histologiquement par un tissu fibreux entre les éléments duquel on voit çà et là un tissu conjonctif lâche, contenant en certains endroits des lobules adipeux. Au milieu de ce tissu cellulo-fibreux on trouve des groupes de gros vaisseaux remarquables par leur riche musculature; çà et là existent quelques troncs nerveux; on distingue également des faisceaux de fibres musculaires lisses. Dans le tissu conjonctif, on rencontre de petits vaisseaux, remarquables par leur disposition en spirale. Sur les coupes perpendiculaires à la surface de la tumeur, et passant par l'expansion du pédicule, là où l'on trouve ces gros faisceaux charnus et disposés en sautoir, on voit que ceux-ci sont constitués par des fibres musculaires lisses, contenant des vaisseaux, et sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif lâche. Les coupes passant par les parties de la tumeur qui sont d'apparence charnue montrent que le tissu est encore composé de faisceaux de fibres musculaires lisses s'entrecroisant en divers sens, et séparés les uns des autres par du tissu fibreux.

Sur les coupes passant par les points où il y a des cavités d'apparence muqueuse, le tissu de la tumeur paraît encore constitué par du tissu conjonctif et des faisceaux de fibres musculaires lisses; seulement dans ces points les faisceaux musculaires lisses sont en général plus dissociés, plus petits, et le tissu conjonctif qui les sépare est un tissu conjonctif très

lâche, au milieu duquel on distingue des cavités plus ou moins volumineuses. Quelques-unes de ces cavités présentent à leur intérieur une sorte de réticulum lymphoïde. L'imprégnation de nitrate d'argent ne montre pas d'épithélium continu à la surface de ces cavités; on y voit seulement des cellules conjonctives, et des fibres musculaires lisses. Ce ne sont donc pas des cavités lymphatiques à proprement parler, mais seulement des espaces conjonctifs. Ces espaces contiennent un liquide renfermant des globules blancs, se coagulant spontanément, et montrant alors un délicat réseau fibrineux.

En quelques points, ce tissu interstitiel prend tout à fait les caractères du tissu myxomateux.

En résumé, il s'agit ici d'une tumeur ayant tous les caractères du fibro-myôme, dont le point de départ n'est autre que le ligament rond, et dont la structure est analogue à celle des myômes utérins.

Dans les deux faits qui suivent et qui sont plutôt mentionnés que décrits dans le *British medical Journal* du 4 novembre 1865, il s'agit de deux tumeurs fibreuses du ligament rond, présentées à la Société pathologique de Londres, par Spencer Wells, le 17 novembre 1865.

OBS. II. — L'une de ces tumeurs présente le volume d'une grosse orange, et a été extirpée il y a un an environ. Elle a été prise par différents chirurgiens pour une hernie ou pour une tumeur glandulaire, enfin pour une tumeur de mauvaise nature. Mais cette tumeur était indolente, mobile, ayant augmenté lentement; les parties voisines étaient restées absolument intactes. L'extirpation fut faite avec un plein succès.

OBS. III. — Dans le second cas, la tumeur présentait le volume d'une petite noix de coco et ressemblait absolument à la précédente. Extirpation également suivie de guérison.

On retrouve dans le premier de ces deux faits quelques-uns des caractères signalés dans notre observation : l'indolence de

meur, la lenteur de son développement, sa mobilité, l'in-
té des parties avoisinantes.

diagnostic erroné de tumeur ganglionnaire porté dans
emier de ces deux faits porte à penser qu'il s'agissait
ement ici de tumeurs du ligament rond développées à
e.

s deux observations suivantes, que nous trouvons rappor-
dans l'intéressante thèse du Dr Aumoine (1), se rapportent
s tumeurs du ligament rond siégeant dans l'épaisseur d'une
de lèvre.

première est de Paletta.

s. IV. — *Tumeur située à la partie supérieure de la grande lèvre
ie, du volume du poing.* — L'épaisseur de ses parois ne permet
de juger si son contenu était de nature liquide ou solide ; tou-
s la percussion donne la sensation de l'existence d'un fluide.
ion suivant la longueur ; issue d'une quantité abondante de sé-
limpide. La face interne de la cavité est tapissée par une
brane épaisse qu'il fut aisé d'isoler des parties environnantes,
l'on coupa au voisinage de l'anneau inguinal. Là, l'instrument
ntra un petit corps dur dont la section causa beaucoup de
ur à la malade. L'incision partielle de ce renflement liga-
eux permit de distinguer l'anneau inguinal dans lequel on pou-
ntroduire l'extrémité du doigt, et fit reconnaître que ce corps
l'était pas autre chose que la partie restante du ligament rond.
s quelques accidents locaux et généraux, la guérison est sur-
e.

seconde observation a été recueillie dans le service du pro-
ur Verneuil. Elle est particulièrement intéressante et
te d'être reproduite textuellement.

s. V. — Mme M..., âgée de 26 ans, entre au commencement de
r dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Augustin, n° 15.
malade, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, a toujours joui d'une

---

Aumoine. *Des tumeurs solides des grandes lèvres.* Thèse de Paris, 1376.

bonne santé. Elle a eu un enfant pour la première fois il y a trois ans; l'accouchement a été laborieux. C'est six mois après qu'elle s'est aperçue qu'elle portait dans la région inguinale droite une petite tumeur qui avait alors le volume d'une noisette. Cette tumeur a augmenté peu à peu et est devenue douloureuse. Elle a acquis lentement le volume d'une noix qu'elle n'a pas dépassé depuis environ six mois.

Aujourd'hui on lui trouve les caractères suivants : elle siège à la partie supérieure de la grande lèvre droite, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal ; elle est mobile sous la peau, aplatie, bosselée, très dure, irréductible. Elle a toujours eu ces caractères, au dire de la malade. La toux n'y détermine aucun changement apparent; pas de battement ni d'expansion dans l'effort ; la peau a conservé sa coloration normale, pas d'inflammation.

De temps en temps la malade y sentait des picotements, quelquefois des élancements. A chaque époque menstruelle elle éprouvait des douleurs assez vives. L'exacerbation de ces douleurs à chaque époque était relativement considérable.

Il y a deux mois, l'aggravation de ces douleurs par la marche et la fatigue amène cette malade à l'hôpital. Quelle est la nature de cette tumeur?

On ne trouve nulle part d'hypertrophie ganglionnaire, pas de diathèse scrofuleuse ni syphilitique; pas la plus petite écorchure aux membres inférieurs ni aux parties génitales externes; quelques douleurs irradiées dans la cuisse.

Le siège permettrait d'admettre une hernie ; en tous cas ce n'est pas une entérocèle. C'est peut-être une épiplocèle; mais la dureté de la tumeur, l'absence d'adhérences et de retentissement du côté du tube digestif ne permettent guère de croire à ce diagnostic.

Le siège de la tumeur doit faire songer à une hernie de l'ovaire ou de la vessie. La hernie de l'ovaire serait accompagnée d'ovarite et de métrite, avec douleur irradiant dans tout le bassin, sinon d'une manière permanente, au moins à la pression, tandis que nous avons vu qu'elle s'est développée sourdement, sans douleur au début, et qu'elle n'avait d'abord que le volume d'une petite noisette.

Il faut bien remarquer que la tumeur siège à la partie supérieure de la grande lèvre, qu'elle est indépendante de la peau, et qu'elle s'est développée dans le canal de Nuck s'il existe, ou au moins à la partie supérieure du sac dartoïque de Broca. Le point de départ est

donc dans les éléments cellulo-fibreux de cette région. Enfin, elle ne ressemble pas à un de ces kystes qu'on observe assez souvent dans le sac de Broca; pas de fluctuation ni de transparence.

Malgré l'examen minutieux de la malade, M. Verneuil n'a pas voulu poser un diagnostic, car il avait affaire à une tumeur qui n'a pas encore été décrite; néanmoins il jugea que l'opération était indiquée et il la pratique le 16 février.

La peau a été coupée, puis le tissu cellulaire. Alors M. Verneuil tomba sur la tumeur; pour s'assurer de sa nature, il fit une ponction exploratrice qui fit sortir quelques gouttes de sérosité infiltrée dans son épaisseur, mais on ne trouva pas de poche kystique. Il fut facile d'énucléer la tumeur qui resta pédiculée. M. Verneuil put dès ce moment annoncer à ses élèves qu'elle avait pour point de départ un des prolongements fibreux du ligament rond. Quelques précautions furent prises en vue des vaisseaux qui pouvaient exister. Le pédicule fut saisi avec une pince du côté de sa racine et l'incision fut faite en avant.

Pansement de Lister. Un tube à drainage est introduit à la partie inférieure, partout ailleurs on tente la réunion immédiate.

Point de complications immédiates, ni consécutives. Cependant, dans les jours qui suivirent l'opération, on vit tout autour de la plaie une zone inflammatoire qui a bien vite disparu.

La température se tient pendant quelques jours vers 38°, sans oscillations bien marquées entre le soir et le matin ; le 22, le thermomètre marque 36,8.

Le 23. Le drain tombe. On ne le remet pas, les bords de la plaie sont presque complètement réunis.

Le 27. La plaie est complètement cicatrisée.

Le 10 mars. La malade quitte l'hôpital dans l'état suivant. Bonne santé générale, mais elle accuse encore des douleurs au niveau de la plaie quand on cherche à remuer la base du noyau cicatriciel; en même temps elle ressent des douleurs au-dessus du ligament de Fallope vers l'anneau interne du canal inguinal, et un peu dans la fosse iliaque droite; mais, au dire de la malade, ce ne sont plus les mêmes douleurs qu'autrefois. Elles sont assez continues et ne présentent pas d'exacerbation dans la station debout. Enfin elles n'ont pas été plus fortes pendant la menstruation.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Nepveu, chef du laboratoire.

« Examinée au microscope, après avoir été durcie dans l'alcool, cette tumeur offre tous les caractères d'un fibrome pur ; trame dense et serrée, sérosité facilement exprimable à la pression ; cellules fusiformes minces et étroites, fibrilles conjonctives en faisceaux irréguliers ou ramassés en tourbillons. Tels sont ses principaux caractères ; aucun élément d'ailleurs qui puisse faire soupçonner l'origine de la tumeur aux dépens du ligament rond. »

La portion intra-abdominale du ligament rond peut être également le siège de tumeurs plus ou moins volumineuses, ainsi que le prouve le fait suivant dû à Math. Duncan et rapporté dans le *Edinburgh medical Journal* de mars 1876.

OBS. VI. — La tumeur dont il s'agit a le volume et la forme d'un œuf de poule, elle est tout à fait libre devant le ligament large du côté droit. Le ligament rond du même côté peut être suivi sur sa surface. On le voit, se terminant sur la capsule. Son pédicule était court, large environ d'un quart de pouce. La structure de la tumeur était celle d'un fibrome, dense, avec de nombreuses portions crétacées près de son centre. Elle est entourée d'une capsule fibreuse provenant du ligament rond. Le Dr Duncan fait observer qu'une semblable tumeur était intéressante au point de vue pratique comme pouvant être confondue avec l'ovaire pendant la vie.

Dans les deux faits qui vont suivre, le diagnostic de tumeur du ligament rond n'a été posé ni pendant la vie, ni au moment de l'opération, ni à l'autopsie. Cependant l'analogie des symptômes signalés par les auteurs avec ceux que l'on a pu observer dans les faits précédents permet de conclure à l'analogie de nature.

Le premier de ces deux faits est emprunté à Churchill (1) et intitulé par lui « *Tumeur enkystée des grandes lèvres* ».

OBS. VII. — Une dame, âgée de 36 ans, à la suite d'une inflammation des intestins, remarque l'existence d'une petite tumeur dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche, nullement douloureuse ; elle

(1) Churchill. *Maladies des femmes*, 4e édition, p. 46, 1874.

ne diminuait ni n'augmentait à aucun moment, ne donnait aucune sensation de fluctuation et n'était le siège ni d'œdème, ni de rougeur, ni de chaleur. Elle s'était peu à peu développée et était arrivée à gêner les mouvements de la malade qui ne pouvait s'asseoir, à moins de se renverser fortement en arrière ; douleur vive quand elle était sur un siège dur. La douleur traversait tout le bassin jusqu'au sacrum. Dans les derniers temps, la malade avait été tourmentée par des douleurs qui remontaient jusqu'aux reins ; d'ailleurs, la tumeur elle-même était insensible, de forme ovale, occupant la lèvre gauche, du volume d'un gros œuf de poule, s'étendant depuis la fourchette antérieure jusqu'au périnée, et envoyant en haut et en arrière un prolongement de 2 pouces. La peau est normale, glisse facilement sur la tumeur ; la pression ne détermine pas de douleur ; chaque quinte de toux imprime à la tumeur une impulsion quand on laisse les parties dans leur état naturel ; mais si on soulève légèrement la tumeur, l'impulsion ne s'y fait plus sentir ; son plein à la percussion. Toutes les tentatives de réduction ont échoué, jamais de gargouillement, jamais de changement apparent, quel que soit l'état de l'intestin.

Ne trouve-t-on pas ici la plupart des caractères des tumeurs du ligament rond, l'indolence à la palpation, les douleurs irradiées, l'irréductibilité, l'absence d'impulsion à la toux, le siège à la partie supérieure de la grande lèvre, la mobilité de la peau et de la tumeur elle-même et, enfin, le prolongement en haut et en arrière ?

Dans le second fait, le diagnostic porté pendant la vie a été celui de fibrome de la grande lèvre ; cependant tout porte à croire qu'ici encore on avait affaire à une tumeur fibreuse du ligament rond.

Obs. VIII. — M. Betbèje (1) présente une tumeur ovalaire de la grosseur d'un marron, un peu mamelonnée, blanchâtre, et d'une consistance fibreuse, recueillie dans le service de M. Demarquay à la Maison de santé, sur une femme de 27 ans. Ce corps est une véritable tumeur fibreuse, d'après l'examen histologique fait par M. Ranvier, et elle a ceci de remarquable qu'elle a été retirée de la vulve

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1866, p. 395.

d'une femme, chez laquelle on avait cru un instant à un déplacement de l'ovaire. La tumeur peut en effet, pour sa forme et sa consistance, être comparée à l'ovaire.

Dans le cas suivant, observé par Aumoine dans le service du professeur Verneuil, on a posé le diagnostic de tumeur fibreuse du ligament rond, mais sans en avoir la confirmation, la malade s'étant refusée à toute opération.

Voici ce fait intéressant :

Obs. IX — Mme B..., femme de ménage, 45 ans, bonne constitution. M. Desnos voit cette malade à la consultation, et la montre à M. Verneuil, comme portant une tumeur de l'aine d'un diagnostic délicat; cette malade a toujours joui d'une bonne santé, réglée régulièrement, elle a eu deux enfants, le dernier il y a douze ans. Ces accouchements n'ont laissé aucune affection utérine. Ce n'est qu'il y a quatre ans et demi, qu'elle s'est aperçue qu'elle avait à la grande lèvre droite une petite tumeur qui glissait sous le doigt, comme aujourd'hui. Elle l'attribue à un effort qu'elle aurait fait dans la matinée. Elle ne sentit rien dans l'aine, ne s'aperçut de rien sur le moment; ce n'est que par hasard qu'elle sentit en se couchant une petite tumeur qui avait alors le volume d'un noyau de cerise. Elle raconte très nettement que, pendant les huit premiers jours, elle put la faire disparaître à volonté, c'est-à-dire la faire rentrer dans le canal inguinal ; mais à peine était-elle debout que la tumeur reparaissait au dehors. N'en souffrant nullement, elle ne s'en occupa pas. Sa menstruation a toujours été régulière, et ses pertes sont peu abondantes depuis déjà une dizaine d'années ; jamais elles n'ont déterminé de douleurs dans la tumeur ni au voisinage. Ce n'est que depuis sept ou huit mois que, sous l'influence d'un travail plus pénible, elle sent dans l'aine quelques tiraillements, mais point de douleur vive, point d'élancements. La tumeur augmente très lentement, elle est irréductible depuis longtemps, son volume aujourd'hui est celui d'une noix muscade ; parfaitement ronde, elle a une mobilité très grande dans le sens de la longueur du sac dartoïque, c'est-à-dire de haut en bas ; mais si on veut la tirer en avant, on trouve une résistance absolue. Elle est donc bridée par un plan aponévrotique, ce qui prouve qu'elle n'est pas sous-cutanée, mais qu'elle est bien contenue dans un sac qui remonte jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal.

On peut la faire descendre jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la grande lèvre. Il est impossible de saisir son pédicule et même de dire s'il y en a un. Elle diffère de celle que nous avons observée par sa forme parfaitement arrondie, l'absence complète d'adhérences, et par une extrême dureté. La pression n'est pas douloureuse, et il semble même que la sensation qu'éprouve la malade ait son siège dans la peau. La palpation de la partie inférieure de l'abdomen ne fait découvrir rien d'anormal du côté de l'utérus ou de ses annexes. Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est dans sa position normale.

On remarquera dans cette observation un signe important qui n'a été signalé dans aucun des faits précédents : c'est la réductibilité de la tumeur dans les premiers moments de son apparition. Ce signe, qui n'a rien d'incompatible avec le diagnostic porté de tumeur du ligament rond, a été cependant considéré jusqu'ici comme caractérisant les différentes variétés de hernies et la hernie épiploïque en particulier.

Cependant, la dureté de la tumeur, son irréductibilité absolue, son existence relativement peu ancienne, l'impossibilité de constater la présence d'un pédicule, doivent faire regarder ce diagnostic comme extrêmement probable.

On peut regretter toutefois qu'il n'ait pu être confirmé par l'opération et devenir ainsi le premier exemple de tumeur du ligament rond diagnostiquée avant l'opération.

II.

Avec un aussi petit nombre de faits, il est assurément impossible de tracer une histoire complète des tumeurs du ligament rond; cependant je pense qu'il ne sera pas sans intérêt de résumer les points principaux qui ressortent de l'étude de ces observations et de tenter un essai de description didactique de ces tumeurs que compléteront les faits ultérieurs.

Rappelons d'abord en quelques mots la disposition et la structure du ligament rond.

Etendu, comme on le sait, des parties antérieures et latérales de l'utérus vers l'orifice externe du canal inguinal, le ligament rond vient se terminer dans la partie supérieure des grandes lèvres, en s'épanouissant, pour ainsi dire, et constituant le sac dartoïque.

Le ligament rond comprend dans sa composition : une enveloppe qui lui est fournie par le péritoine, des fibres musculaires lisses, des fibres striées, une artère, des veines, des fibres élastiques et du tissu conjonctif. L'enveloppe péritonéale parvenue au niveau de l'orifice inguinal interne l'abandonne, en formant en ce point une légère dépression qui constitue la fossette inguinale interne.

Les fibres musculaires lisses du ligament rond naissent des parties latérales de l'utérus, particulièrement de la moitié supérieure, en formant un faisceau d'abord aplati qui s'arrondit ensuite, et se termine à une distance variable de son origine. Au-dessous des fibres lisses, se trouve une couche de fibres musculaires striées, naissant soit de la paroi inférieure du canal, soit de l'épine du pubis et se dirigeant vers l'utérus sans jamais se prolonger jusqu'à lui, de sorte que le ligament rond, exclusivement formé de fibres lisses à son origine, de fibres striées jusque vers l'orifice externe du canal inguinal, se compose, à la partie moyenne, de ces deux ordres de fibres, la partie terminale étant constituée par du tissu conjonctif et surtout par des fibres élastiques.

Anatomie pathologique. — Il n'a été question dans les faits rapportés plus haut que de fibromes et de fibro-myômes ou myômes du ligament rond, on peut admettre cependant que d'autres groupes de tumeurs, des sarcomes, des myxomes et peut-être des carcinomes peuvent également prendre naissance dans cet organe.

Les fibromes peuvent s'y présenter, soit à l'état de pureté, soit avec les diverses transformations qu'il est si fréquent de

rencontrer dans ce genre de tumeurs, transformation calcaire comme dans l'observation de Duncan, transformation myxomateuse des faisceaux et des cellules avec destruction partielle de la tumeur et formation de pseudo-kystes.

Ces transformations se rencontreront plus fréquemment encore dans les cas de myômes ou de fibro-myômes. Dans ces tumeurs la transformation muqueuse s'associe parfois à la dilatation des vaisseaux et amène la destruction d'un certain nombre d'éléments, et la formation de cavités, décrites par Cruveilhier dans les myômes de l'utérus sous le nom de *géodes*. L'observation rapportée par nous est un bel exemple de cette transformation.

Dans certains cas la dilatation des vaisseaux pourra être poussée assez loin pour s'accompagner d'hémorrhagies. On constatera alors dans les cavités mentionnées plus haut la présence de globules sanguins.

On a pu voir, dans l'observation du fait qui nous est personnel, que l'examen microscopique a démontré dans le pédicule de notre tumeur la présence de fibres musculaires lisses. Il est probable, que si on avait pu pousser plus loin l'examen, on aurait constaté l'existence de ces fibres musculaires sur toute l'étendue du ligament rond qui, à l'état normal, n'en présente que dans sa moitié interne.

La néoformation des fibres lisses se serait ainsi effectuée de proche en proche, soit par division des fibres cellules préexistantes, soit par transformation directe des cellules embryonnaires que l'on rencontre quelquefois dans le tissu fibreux de nos tumeurs et le long des faisceaux musculaires.

Symptomatologie. — Les tumeurs extra-abdominales du ligament rond, les seules dont il soit question dans ce qui va suivre, peuvent occuper la région inguinale proprement dite ou l'épaisseur de la grande lèvre, mais quel que soit leur siège, elles présentent un appareil symptomatique presque identique.

Ce sont, dans les deux cas, des masses plus ou moins volumineuses, pédiculées ou sessiles, développées lentement et sour-

dement, de forme variable, globuleuse ou ellipsoïde, à surface lisse ou lobulée, de consistance le plus souvent fibreuse : présentant parfois, en certains points, une dureté extrême ou au contraire une fluctuation plus ou moins manifeste; ne subissant aucun changement apparent sous l'influence de la toux ou des efforts, mais pouvant augmenter de volume, soit à l'époque des règles, soit pendant la grossesse ; très rarement réductibles et seulement dans les premiers jours ; le plus souvent indolentes à la palpation et à la pression ; s'accompagnant de douleurs spontanées plus ou moins vives, tantôt continues, tantôt et plus souvent intermittentes, douleurs irradiées soit dans le membre inférieur correspondant, soit vers le bassin et la région lombaire, pouvant présenter à chaque époque mensuelle une exacerbation plus ou moins marquée.

Ces tumeurs seront le plus habituellement indépendantes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, les veines de ce dernier pouvant être le siège d'une dilatation plus ou moins apparente.

Le sac dartoïque dans l'intérieur duquel se développent nécessairement les tumeurs du ligament rond leur permettra le plus habituellement des mouvements de haut en bas et de gauche à droite, mais formera par sa paroi antérieure un plan aponévrotique résistant qui empêchera tout mouvement d'arrière en avant.

Diagnostic. — Les tumeurs du ligament rond ne présentant aucun signe pathognomonique, leur diagnostic sera le plus souvent entouré de sérieuses difficultés.

Et d'abord le siège de la tumeur une fois constaté, on aura à rechercher avec soin si elle envoie ou non un pédicule dans la profondeur.

1° *Le pédicule existe*, mais il s'enfonce au-dessous de l'arcade crurale : alors point de tumeur du ligament rond.

S'il passe au-dessus de cette arcade, la tumeur peut appartenir au ligament rond, ou, au contraire, être constituée soit par une hernie graisseuse, soit par une épiplocèle, soit par une hernie de l'ovaire.

Mais la hernie graisseuse, qui, pas plus que les tumeurs du ligament rond, ne présente d'impulsion dans les efforts et dans la toux, peut cependant diminuer parfois sous l'influence de la pression ; de plus, elle n'est pas indolente, mais est assez souvent le siège d'une douleur plus ou moins accusée pendant la marche et surtout à la pression.

La confusion avec une épiplocèle irréductible sera d'autant plus facile que l'irréductibilité de cette dernière sera plus ancienne. Dans ce cas, en effet, la dureté de la tumeur, l'absence d'impulsion à la toux, les caractères de la mobilité rendront le diagnostic presque impossible. Dans d'autres cas, au contraire, la mollesse de la tumeur, sa consistance inégale et surtout la présence d'une corde épiploïque tendue derrière la paroi abdominale pourront éclairer le diagnostic.

On pourra également, dans certains cas, utiliser les commémoratifs et en particulier la réductibilité ancienne de la tumeur que nous trouvons cependant signalée dans un cas de tumeur du ligament rond dont le diagnostic n'a pas, il est vrai, été confirmé par l'autopsie.

Dans les cas de hernie de l'ovaire le diagnostic différentiel sera en général plus facile.

Là encore il s'agit, il est vrai, d'une tumeur plus ou moins ovoïde, rénitente, circonscrite, sans changement de coloration de la peau, mobile de haut en bas, de droite à gauche, mais non d'arrière en avant. Mais l'augmentation de volume à chaque époque menstruelle, l'exacerbation de la douleur seront ici beaucoup plus marquées. De plus la palpation de la tumeur, celle de son pédicule provoqueront une douleur vive qui, dans certains cas, a cependant pu manquer.

Enfin le toucher vaginal viendra, dans un grand nombre de cas, lever tous les doutes. L'ovaire hernié ayant entraîné le ligament large de ce côté, on reconnaîtra un changement dans la situation de l'utérus, l'élévation de son orifice ; enfin on pourra, en imprimant des mouvements à l'utérus, faire éprouver des tiraillements à l'organe hernié.

2° *Le pédicule manque.*

S'il s'agit d'une tumeur du ligament rond développée à l'aine, elle sera facilement méconnue et confondue avec différentes espèces de produits pathologiques, le plus souvent avec une tumeur d'origine ganglionnaire. Cependant la surface le plus souvent multilobée de la tumeur ganglionnaire, les sillons plus ou moins profonds qui séparent les lobes, le déplacement extrêmement facile de la tumeur dans tous les sens, ou au contraire son immobililé presque absolue pourront faire éviter l'erreur que j'ai commise moi-même dans le seul cas connu jusqu'ici de fibro-myôme du ligament rond développé à l'aine.

Si la tumeur siège à la vulve, la connaissance de son point de départ, si elle est possible, sera de la plus grande importance pour le diagnostic. Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur ayant débuté au niveau de l'orifice inguinal externe, on devra songer au ligament rond.

Au contraire, toute tumeur siégeant d'abord à la partie moyenne ou inférieure de la grande lèvre n'appartiendra pas à cet organe.

L'observation suivante présente à cet égard un intérêt particulier.

Obs. X. — La nommée L..., concierge, 42 ans, entre le 6 septembre 1874, à l'hôpital des Cliniques dans le service de Broca alors suppléé par M. Terrier, pour une tumeur développée dans l'épaisseur des grande et petite lèvres gauches. Elle date de 3 ans 1/2. Au début elle était grosse comme un pois, faisant saillie à la face intérieure de la petite lèvre au tiers inférieur. Elle était dure, prurigineuse; à la fin de la première année elle avait atteint le volume d'une noisette, toujours très dure, indolente, non prurigineuse. La deuxième année, son développement ne fait pas beaucoup de progrès; mais en 1874 elle s'accroît rapidement et la marche devient pénible. Au mois d'août, la base de la tumeur s'ulcère et la malade entre à l'hôpital le 7 septembre.

Etat actuel. — Tumeur dure, rénitente, pédiculée, occupant les deux tiers inférieurs des deux lèvres, effilée à la partie supérieure, ar-

rondie, évasée à la partie inférieure où l'on trouve deux ulcérations de la largeur d'une pièce de cinq francs ; le tissu de la tumeur fait hernie à travers les ulcérations ; il présente un aspect framboisé, rougeâtre et laisse suinter un liquide séro-sanguinolent. Le bord antérieur est arrondi ; les faces, au nombre de deux, regardent l'une en dedans, l'autre en dehors. La peau est saine en dehors, la muqueuse en dedans. Les ganglions iliaques sont pris des deux côtés. L'état général est des meilleurs. On ne trouve rien à noter dans le passé de la malade ni dans ses antécédents.

Opération le 12 septembre. Une incision verticale est pratiquée sur le bord antérieur, l'énucléation est des plus faciles. Le pédicule est tordu, deux petites artérioles donnent et sont liées. Restait encore un tissu qui paraissait suspect, remontant par un cordon que l'on sentait très bien vers le haut du vagin, le long de la paroi latérale. M. Terrier en prend le plus qu'il peut dans l'anse de l'écraseur et achève ainsi l'opération ; un tampon de charpie imbibée d'une solution phéniquée est placé dans la cavité formée par les deux bords de la plaie.

Aujourd'hui, 1er octobre, la malade est encore dans les salles, mais va très bien. La plaie est presque cicatrisée, rien d'anormal n'est venu troubler l'état général ou local de l'opérée.

Un examen histologique fait sur des coupes fraîches de la tumeur vers le pédicule et la partie ulcérée a montré un tissu embryonnaire jeune et des éléments interposés entre les cellules, ce qui au premier abord avait fait admettre l'existence d'un sarcome. Un nouvel examen pratiqué au laboratoire d'histologie a fait voir que la structure de la tumeur est différente. Pour M Ranvier, les éléments qui dominent sont ceux d'un fibrome jeune en voie de développement. La présence de fibres cellules musculaires est restée douteuse, de sorte que l'on ne parait pas avoir affaire en ce cas à un fibro-myôme, comme cela s'est rencontré plusieurs fois dans ces sortes de tumeurs.

La tumeur dont on vient de lire l'histoire présente un certain nombre de caractères que nous n'avons pas trouvés dans les observations précédentes.

Et d'abord, point extrêmement important, et qui écarte immédiatement l'idée de tumeur du ligament rond au début, la tumeur fait saillie à la face interne de la petite lèvre au tiers inférieur ; à l'entrée de la malade à l'hopital elle occupe les

deux tiers inférieurs des deux lèvres. Elle s'est donc développée en dehors du sac dartoïque, c'est un fibrome de la grande lèvre. Un autre symptôme à noter, c'est l'ulcération siégeant à la face interne, là où la tumeur frotte contre les lèvres du côté opposé. Ce signe, que l'on rencontre peut-être plus souvent dans les tumeurs de la vulve siégeant en dehors du sac dartoïque, ne présente évidemment rien de caractéristique ; il peut être observé dans toute tumeur volumineuse de la vulve.

Si, le début de la tumeur au niveau de l'orifice inguinal externe une fois mis hors de doute, on peut ensuite constater la résistance opposée par la tumeur aux tractions opérées d'arrière en avant par suite de son développement dans l'intérieur du sac dartoïque, l'augmentation de volume ou l'exacerbation de la douleur aux époques menstruelles, le diagnostic de tumeur du ligament rond pourra être considéré comme établi.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la difficulté de ce diagnostic, on devra désormais le faire intervenir toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une femme affectée de tumeur siégeant à l'aine ou à la vulve.

Pronostic et traitement. — Le pronostic des tumeurs du ligament rond est évidemment lié à leur nature histologique. Sans gravité dans les cas de fibromes et de fibro-myômes, et à cause de la marche lente de ces tumeurs généralement solitaires, et à cause de leur absence de récidive, il sera un peu moins favorable dans les cas de myômes dont la constitution se rapproche plus de celle du tissu embryonnaire. Il acquerra enfin dans les sarcomes une gravité d'autant plus grande que la tumeur sera plus volumineuse et que son organisation histologique sera moins élevée.

Nous n'avons presque rien à dire du traitement qui est exclusivement chirurgical. Il est évident que pour les fibromes et les fibro-myômes l'extirpation est le seul remède, il en serait de même pour les tumeurs sarcomateuses ou myomateuses. Dans tous les cas connus, l'opération a présenté une grande simplicité. Elle aurait été même plus facile encore dans mon cas, si je

n'avais pas cru devoir disséquer et enlever la capsule conjonctive très lâche qui entourait la tumeur. Croyant avoir affaire à un sarcome et sachant que cette capsule conjonctive lâche est souvent, en pareille circonstance, le siège d'une récidive locale, je me suis créé, en voulant l'enlever, une difficulté opératoire que j'aurais évitée si j'avais connu la vraie nature de la tumeur.

ENCHATONNEMENT DU PLACENTA.

MORT DE LA MALADE ; DÉTAILS IMPORTANTS RÉVÉLÉS PAR L'AUTOPSIE (1).

(Observations et pièces présentées à la Société de médecine de Nancy, séance du 9 novembre 1881.)

Par le professeur Herrgott.

Parmi les anomalies de la délivrance, la rétention du placenta dans une poche utérine de nouvelle formation n'est pas une des moins curieuses ni des moins graves. Décrite pour la première fois par Peu à la fin du XVII[e] siècle, observée et décrite de nouveau cinquante ans après par Levret, et nommée par lui *enchatonnement*, nom qu'on lui a conservé depuis, bien qu'il ne soit pas parfaitement conforme au sens étymologique, cette lésion n'a cessé d'attirer l'attention des observateurs, qui en constatent de temps en temps un exemple; mais comme cette lésion n'a jamais pu être étudiée directement, elle a donné lieu à une foule d'hypothèses et à des indications contradictoires.

Un cas d'enchatonnement a été observé à la clinique obstétricale, au mois de février de cette année; diagnostiqué immédiatement, il a pu être soumis à un examen complet, car l'accouchée a succombé le cinquième jour; on a, pour la première fois, eu l'occasion de faire un examen direct de l'utérus deformé, et d'asseoir sur cet examen des conclusions pratiques. Ce cas inté-

---

(1) Nous publions *in extenso* ce travail de M. Herrgott que nous avons déjà analysé dans notre précédent numéro, il est extrait de la *Revue médicale de l'Est*, n° 1, janvier 1882.

ressant, dont j'ai l'honneur de vous soumettre les pièces anatomiques, a inspiré à M. *Bubendorf*, interne de service, l'idée de consacrer à l'*enchatonnement du placenta* une étude qui constitue sa thèse inaugurale que la Faculté vient de couronner. Voici l'observation prise à la clinique, telle qu'elle a été publiée dans cette thèse, avec les figures qui l'accompagnent.

Observation prise avec le concours de M. le Dr Hypolitte, chef de clinique.

Le 17 janvier 1881, est entrée à la Maternité de Nancy Marie B..., née à Nancy, âgée de 18 ans, sans profession.

Taille moyenne, tempérament scrofuleux. Ne sait pas à quel âge elle a marché.

A eu, à 13 ans, une carie de la voûte palatine osseuse, suivie d'une perforation située sur la ligne médiane, 0m,04 du rebord alvéolaire.

L'orifice de communication entre les cavités buccale et nasale mesure 0m,04 transversalement, et 0m,02 dans le sens antéro-postérieur.

Une seconde perforation siège à la réunion du voile membraneux avec la voûte osseuse.

La luette et les piliers se trouvent adhérents à la paroi postérieure du pharynx.

Vers la même époque, la malade a eu une kératite suppurée suivie d'une perforation cornéenne, à travers laquelle se sont vidés les milieux de l'œil.

Le globe oculaire a été amputé et remplacé par un œil artificiel.

La malade est en outre atteinte d'une surdité complète et nous sommes obligés de lui demander par écrit les renseignements qui nous sont utiles. Pas de ganglions ni d'écrouelles.

Réglée pour la première fois à 16 ans, Marie B... l'a toujours été irrégulièrement, tous les quinze jours environ, abondamment, mais sans souffrances. Leucorrhée habituelle.

Elle a eu, dit-elle, sa dernière époque menstruelle, au commencement de juin 1880.

A noté au début de sa grossesse, comme troubles sympathiques, quelques faiblesses, de l'inappétence, des dégoûts.

B... accuse en outre avoir été, durant sa grossesse, en butte à de mauvais traitements ; elle a eu, dit-elle, des coups sur la tête et à diverses reprises des coups de pieds dans le ventre, mais n'en aurait

jamais éprouvé ni douleurs durables, ni pertes utérines. Elle aurait fait, durant cette même grossesse, trois chutes sur le dos en descendant les escaliers, le tout sans suites fâcheuses.

Aujourd'hui 17 janvier, jour de son entrée, la jeune fille se trouve dans un état très satisfaisant et dans toutes les conditions d'une grossesse menée à bonne fin.

B... est prise des douleurs de l'enfantement le 18 février à 10 heures du soir.

1er *jour*. — Elle accouche, le 19 à 4 heures et demie du matin, fille en O.I.G.A.

Durée du travail 6 heures et demie.

La parturiente avait commencé à ressentir des douleurs faibles dans la matinée du 18; ces douleurs s'étaient continuées légères et intermittentes jusqu'à 3 heures de l'après-midi; à ce moment, la malade fut examinée et l'on constata au toucher que le col était ramolli, mais qu'il avait toute sa longueur et que la tête, non engagée, reposait sur le détroit supérieur.

A 6 heures du soir, les douleurs étant un peu irrégulières et toujours peu intenses, on fit donner un lavement laudanisé (laud., 15 gouttes); les contractions se régularisèrent et devinrent plus fortes et plus fréquentes (toutes les 3 à 4 minutes).

A 10 heures, le col est presque effacé, l'orifice entr'ouvert comme une pièce de 20 cent.; la poche se forme, remplit le segment inférieur; la tête n'est pas encore engagée. Battements redoublés à gauche, au-dessous de l'ombilic. La parturiente est un peu agitée,

Le 10, à 1 heure du matin, dilatation comme 5 fr., poche volumineuse; tête non engagée; la parturiente est très agitée.

A 2 heures, rupture des membranes, écoulement d'un liquide blanc très abondant; la tête franchit rapidement l'orifice et repose sur le plancher pelvien; la suture sagittale est dans le diamètre oblique gauche, la petite fontanelle accessible en avant et à gauche; pas de tuméfaction du cuir chevelu.

A 3 heures, la rotation est complète; le périnée commence à se bomber. Douleurs fortes; contractions régulières et générales de l'utérus.

A 4 heures et demie, la tête se dégage, la suture sagittale dans le diamètre antéro-postérieur de la vulve.

Le diamètre bipariétal étant très large et menaçant de déterminer

des ruptures, on pratique deux petites incisions vulvaires latérales.

Rotation extérieure normale.

Dégagement régulier du tronc et des membres.

Le cordon est très court et l'on est obligé, pour éviter son tiraillement, de rapprocher l'enfant de la mère. On sectionne le cordon. L'enfant crie et respire profondément.

A 4 heures trois quarts, c'est-à-dire un quart d'heure après l'accouchement, il se fait par les voies génitales de la mère un léger écoulement sanguin ; la matrice est à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la palpation ne révèle rien d'anormal dans sa forme.

Il n'y a pas non plus de phénomènes généraux indiquant une hémorrhagie interne.

On touche avec un doigt en suivant le cordon, sans parvenir à atteindre le placenta.

On attend un quart d'heure encore, et à 5 heures, c'est-à-dire une demi-heure après l'expulsion du fœtus, l'accouchée étant calme et n'accusant pas de douleurs, on cherche la cause de ce léger retard dans la délivrance.

La palpation abdominale faite à ce moment montre que la matrice, dont la partie la plus élevée dépasse l'ombilic de deux travers de doigt, est dure et présente une forme bilobée très nette.

Le lobe principal est en haut et à droite et fait à ce niveau une voussure très visible ; la matrice est dure dans ses deux portions.

La maîtresse sage-femme, à qui vient l'idée d'un enchatonnement, introduit la main droite dans l'utérus en suivant le cordon et, après avoir franchi le col et son orifice interne, encore très mous et parfaitement dilatables, elle atteint à un second orifice situé en haut et à droite et dont les bords sont durs, resserrés, non dilatables et permettent à peine l'introduction de deux doigts.

Le cordon occupe le centre de cet orifice ; aucune portion placentaire ne s'y trouve engagée.

Pas d'hémorrhagies, légères tranchées intermittentes et peu douloureuses.

A 6 heures du matin, nous sommes prévenu de cette anomalie survenue dans la délivrance ; nous voyons la malade avec M. le Dr Hypolitte, chef de clinique, et constatons le même état de choses. Il n'est fait aucun essai de dilatation.

A 8 heures, M. le professeur Herrgott examine la parturiente et

reconnaît la forme bilobée de l'utérus et l'orifice accidentel décrits plus haut.

On attend jusqu'à 9 heures et, à ce moment, malgré l'absence de toute complication, M. le professeur Herrgott croit utile d'intervenir pour remédier à une situation qui ne paraît pas vouloir se modifier d'elle-même.

On laisse la femme sur le lit de travail ; elle est placée en travers, le siège rapproché du bord du lit, et deux aides tiennent les cuisses écartées.

M. le professeur Herrgott introduit la main droite dans l'utérus et cherche à trois reprises, avec l'index et le médius, seuls admis dans l'orifice, à en dilater l'entrée. Insuccès complet. Ayant ramené au dehors des portions membraneuses encore adhérentes, on les réunit au cordon par une ligature, et pendant qu'un aide soutient le fond de l'utérus et exerce une pression sur le lobe qui renferme le placenta, l'opérateur joint à un nouvel essai de dilatation des tractions légères sur le cordon et les membranes ; ceux-ci cèdent au premier effort.

Le cordon s'était détaché à son insertion placentaire.

M. Herrgott croit devoir suspendre momentanément toute intervention active, sauf à y revenir en cas d'accidents.

La parturiente n'a point de pertes et n'accuse aucune douleur dans le reste de la matinée et l'après-dîner. Elle a abondamment transpiré et pris comme aliment un peu de lait et de bouillon.

M. Herrgott revoit la malade à 4 heures du soir, le même jour, dans l'intention d'intervenir une nouvelle fois, et cette fois après chloroformisation préalable.

L'orifice du chaton est plus resserré que le matin ; les bords en sont toujours très durs ; il n'y a aucun engagement placentaire.

Mais, vu l'absence de toute complication et le calme parfait de la malade qui donnait le sein à son enfant, craignant d'autre part qu'une nouvelle intervention ne fût une cause nouvelle de traumatisme utérin sans chances probables de succès, M. le professeur Herrgott ne croit pas urgent de tenter un nouvel essai ; il pense que les choses pourront se modifier d'elles-mêmes sous l'influence d'une régularisation spontanée de la forme de la matrice.

Il est prescrit pour la nuit une potion avec 0 gr. 07 d'ext. aq. d'op. et des injections détersives.

L'utérus est dur et élevé. De la symphyse pubienne à l'extrémité de

la partie droite, il mesure alors 0m,23, et 0m,17 à gauche. La plus grande largeur est 0m,15, et celle du lobe droit 0m,10.

T. s., 38°4; P., 100.

2e *jour*. — 20 février, 8 heures du matin. Nuit bonne. Écoulement pendant la nuit par les voies génitales d'un liquide rosé, non fétide, peu abondant, sans traces de fragments placentaires.

Face bonne. La malade est calme, mais accuse une céphalalgie assez vive. Ni frissons, ni sueurs. Ventre souple, non élevé, insensible. Pas de tranchées. Utérus moins élevé, toujours fort dur, un peu rétracté. Il a perdu 0m,06 en hauteur (lobes droit et gauche); la largeur du chaton a diminué de 0m,2, celle du reste de la matrice de 0m,3.

Soif vive; langue blanche; inappétence; pas de selles; point de nausées.

Urines spontanées, non albumineuses.

Pouls ample et fréquent. Respiration normale.

T. m., 40°.; P., 136.

On ne pratique point le toucher utérin.

4 heures du soir. Face vultueuse; céphalalgie frontale très vive; intelligence nette.

A 2 heures, la malade a perdu par les voies génitales un liquide brunâtre, très fétide, assez abondant, sans débris placentaires.

Du canal vaginal on a retiré environ 100 grammes de sang coagulé.

Ventre bouffi, un peu sensible; utérus dur, douloureux à la palpation, surtout à droite.

En introduisant la main dans la matrice, on a pu constater que le vagin est très chaud, sensible, le col complètement ouvert, et très haut, à droite, on atteint l'orifice du chaton dont les bords sont toujours durs, resserrés, non dilatables et n'admettent qu'un doigt.

Langue blanche, soif vive (la malade a pris du lait et du bouillon: elle a donné le sein à son enfant, qu'elle veut conserver avec elle).

Pas de nausées; point de selles.

Pouls petit, dicrote, fréquent. Respiration fréquente.

T. s., 40°; P., 145; R., 35.

On prescrit pour la nuit une nouvelle potion opiacée (0 gr.,07) et d'heure en heure des injections intra-utérines phéniquées.

A 8 heures du soir, après la troisième injection, la malade expulse

spontanément un fragment de placenta d'une coloration rosée, d'apparence non sphacélée et gros comme une noix.

Les injections sont continuées toute la nuit d'heure en heure.

Nuit calme, malgré quelques tranchées assez vives.

A 5 heures du matin, nausées sans vomissements.

3e *jour*. — Le 21, 8 heures du matin. Facies bon; intelligence nette. Céphalalgie frontale fort vive.

Ventre bouffi, plus élevé, sensible, vers le chaton surtout, comme nous le montre la malade. La moindre pression y révèle en effet des douleurs fort vives.

La hauteur de l'utérus a diminué de 0 m.,03 à 0 m.,04 depuis la veille. Sa largeur semble la même.

Écoulement presque nul d'un liquide rosé, beaucoup moins fétide, renfermant quelques débris insignifiants de placenta.

Inappétence. Nausées. Grande soif.

Pas de selles depuis trois jours. Miction spontanée.

Respiration fréquente et anxieuse.

T. m., 39°; P., 124; R., 36.

Il est prescrit une potion avec 0 gr., 40 de sulfate de quinine et d'heure en heure des injections d'une infusion de 10 grammes de feuilles de belladone dans 500 grammes d'eau.

A 9 heures du matin, la malade a un vomissement glaireux.

4 heures du soir. Face injectée, respiration fréquente et anxieuse. Intelligence nette. Vomituritions fréquentes d'un liquide visqueux, incolore. A l'approche de la malade, on est frappé d'une odeur fétide intense. Lochies très fétides, blanchâtres, presque nulles.

Le ventre est plus élevé, plus sensible; la palpation, vu la hauteur et la sensibilité du ventre, est devenue impossible.

Même état de l'appareil digestif.

T., 40°,2; P., 140; R., 40.

On continue d'heure en heure les injections tièdes intra-utérines.

4e *jour*. — Le 22, 8 heures du matin. Nuit mauvaise. Agitation. La malade demande à être levée. Pas de délire véritable.

Vers minuit, frissonnements répétés suivis de chaleurs et de sueurs.

Facies moins bon; traits un peu altérés, tirés. Céphalalgie toujours intense; grande inquiétude. S'est plainte toute la nuit et se plaint encore de douleurs spontanées très vives dans le ventre, surtout à droite.

Ventre très élevé, très sensible; la malade demande avec instance de ne pas y toucher, tant en est vive la sensibilité.

On en fait néanmoins une exploration par une palpation douce, et l'on constate que la douleur est généralisée, mais intense surtout vers le lobe droit, dont la hauteur semble la même et qui se dessine toujours comme une tumeur beaucoup plus saillante que le reste du corps de l'utérus situé à sa gauche.

La palpation démontre que le ventre a conservé une certaine souplesse dans ses autres parties.

Écoulement vaginal presque nul, blanc, non sanguinolent, d'une odeur peu marquée, sans traces de débris placentaires.

Nausées fréquentes, trois selles diarrhéiques à la suite de l'application d'un suppositoire.

T.,39°; P., 112; R., 32.

A 11 heures du matin, la malade a eu un frisson intense et prolongé (20 minutesj, accompagné de chaleur (41°) et suivi de sueurs.

Deuxième frisson, à 2 heures, un peu moins intense et moins prolongé (15 minutes).

A 3 heures, vomissement porracé.

4 heures du soir. Nouveaux frissons à 4 heures et à minuit.

T., 39°,8; P., 128; R., 40.

Respiration fréquente et anxieuse.

Pouls petit et faible.

Même état du ventre; on prescrit des onctions avec l'onguent mercuriel belladoné.

Nuit sans sommeil, très agitée, mais sans délire.

B... a eu cinq autres vomissements porracés durant la nuit et trois selles diarrhéiques involontaires. Urines involontaires.

5° *jour*. — 23, 8 heures matin. Face vultueuse, non grippée. Céphalalgie très intense.

La malade dit aller mieux; elle est moins inquiète et moins agitée. Intelligence nette. Abdomen élevé, tympanisé, moins sensible, mat sur les flancs, sonore au milieu.

Écoulement vaginal blanchâtre, peu abondant, moins fétide.

Urines et selles diarrhéiques involontaires.

Respiration anxieuse et fréquente.

Pouls petit, filiforme.

T., 39°; P., 112; R., 40.

4 heures du soir. Face altérée, traits tirés, haleine fétide.

Respiration très anxieuse. Intelligence nette.

Lèvres et langue fuligineuses. Vomissements porracés fréquents.

Ventre plus élevé et plus sensible que le matin; la malade s'oppose à tout examen.

Écoulement lochial presque nul.

T., 40°; P., 140; R., 40.

La respiration devient de plus en plus anxieuse. La malade continue à vomir; elle a encore trois selles diarrhéiques involontaires, conserve toute son intelligence et succombe le 24 février, à 1 heure du matin, à la fin du cinquième jour des couches.

Réflexions. — Nous nous trouvions en présence d'une rétention du placenta par enchatonnement.

Dès le lendemain de cet accident, s'est déclaré un état morbide grave caractérisé par les symptômes généraux de la fièvre et les symptômes locaux d'une inflammation péritonéale.

Au commencement du troisième jour, les symptômes locaux de la péritonite furent plus nets et, en raison des conditions particulières de puerpéralité et de résorption putride déjà probable où elle se développait, elle avait beaucoup de raisons pour être purulente.

La malade succombe à la fin du cinquième jour avec des symptômes généraux d'infection et surtout des symptômes locaux et nettement déterminés de péritonite.

Quant au placenta, nous le pensions inséré vers l'orifice utérin de la trompe droite, logé dans la corne droite de la matrice et retenu dans sa cellule par la contraction d'un de ces anneaux musculeux qui circonscrivent l'entrée des trompes.

On pose le diagnostic: enchatonnement du placenta dans la corne droite de l'utérus et péritonite purulente.

Autopsie. — Le lendemain, 26 février, à 10 heures du matin, c'est-à-dire trente-trois heures après la mort, il est procédé à l'autopsie de la fille B...

La cavité abdominale est ouverte avec soin.

Les intestins légèrement tympanisés et l'utérus baignent dans environ deux litres d'un pus blanc jaunâtre. Nulle part de traces d'adhérences, ni même de dépôts fibrineux.

L'utérus est en contact immédiat avec la paroi abdominale antérieure.

Sa forme et ses rapports sont dessinés avec soin en grandeur natu-

relle par M. le professeur Hergott, réduits au tiers par la photographie et exactement reproduits par la gravure.

Comme l'indique la figure n° 1, la matrice est allongée dans son axe vertical qui mesure 0 m., 17 de longueur.



Fig. I. — Surface antérieure de la matrice.

Cet axe se dirige en haut et à droite. Un étranglement net divise l'organe en deux portions :

1° Une portion supérieure, arrondie, mesurant 0 m., 07 dans son diamètre transversal, 0 m., 07 en hauteur et rattachée au reste de l'utérus par une partie plus étroite mesurant 0 m., 06.

Au niveau de l'étranglement se voit l'origine de la trompe droite de l'utérus. L'origine de la trompe gauche est située à 0 m., 03 audessous du rétrécissement. Ce lobe supérieur a une teinte gris verdâtre, feuille morte ; elle est flasque au toucher et donne une sensation de fluctuation.

2° Au-dessous de l'étranglement, le lobe supérieur se continue avec le reste de la matrice qui mesure $0^m,10$ dans sa hauteur et $0^m,105$ dans sa plus grande largeur.

C'est à son bord gauche et à $0^m,03$ au-dessous de l'étranglement que se voit, avons-nous dit, l'origine de la trompe gauche.

Cette seconde moitié de l'organe a une couleur jaune rougeâtre; elle est aussi plus ferme et résiste davantage à la pression du doigt.

La matrice est extraite avec soin de la cavité abdominale avec le vagin et les organes génitaux externes.

Elle est sectionnée à la surface postérieure dans le sens de son axe vertical et sur la ligne médiane, en respectant une portion sise au niveau de l'étranglement et destinée à laisser intact et total l'anneau de coarctation, comme l'indique la figure ci-dessous.

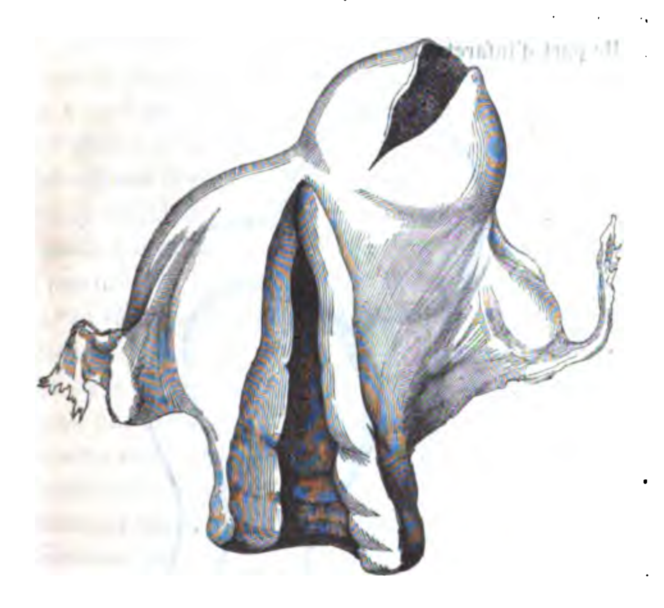


FIG. II. — Utérus et chaton ouverts à la surface postérieure.

Dans le lobe supérieur ouvert, on aperçoit le placenta qui paraît libre dans sa cavité; il est mou, verdâtre, baigné de liquide. L'épaisseur des parois de ce lobe est de $0^m,004$; elles sont ramollies et verdâtres dans toute leur épaisseur.

La cavité utérine est vide; sa surface interne est lubrifiée par un liquide citrin. L'épaisseur de ses parois est de $0^m,02$; leur tissu semble sain; comprimés entre deux doigts, les sinus veineux qu'il renferme ne laissent point sourdre de pus.

Les deux lobes communiquent ensemble par un orifice admettant deux doigts, peu dilatable et dont les bords ont la résistance des parois du lobe inférieur.

L'épaisseur de ces bords est la même que celle des parois situées au-dessous; cette épaisseur se perd rapidement dans les parois amincies de la portion supérieure.

La pièce est mise en macération dans l'alcool.

L'examen des autres organes ne présente rien de remarquable.

Les poumons sont congestionnés; des adhérences pleurales anciennes se voient du côté droit. Le cœur est normal; les reins et le foie sont un peu gras.

Nulle part d'infarctus.

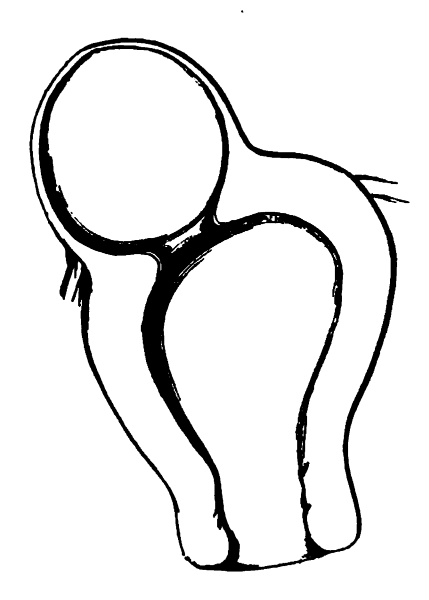


FIG. III. — Schéma de l'utérus et du chaton.

L'examen nouveau de la pièce, après deux mois de macération dans l'alcool, ne fournit aucune indication nouvelle à ajouter aux détails qui précèdent, sauf le décollement complet du placenta et sa liberté absolue dans la cellule, ainsi que nous l'avait fait présumer un premier examen.

La matrice est durcie dans sa totalité; les parois utérines ont un peu perdu de leur épaisseur et mesurent dans le chaton $0^m,003$ et $0^m,015$ dans le reste de l'organe.

Cette troisième et dernière figure est un schéma d'une coupe verticale et dans le sens transversal de l'organe et montre, d'une façon nette, l'épaisseur comparative de la paroi du corps et de celle du chaton.

Ces pièces montrent que la lésion n'est pas le résultat d'un vice de conformation, d'une duplicité complète ou incomplète de l'utérus; qu'elle n'est pas produite par une contraction spasmodique de la matrice, mais qu'elle résulte plutôt de la non-contraction de la portion utérine sur laquelle l'implantation du placenta a eu lieu, portion frappée d'inertie pendant que le reste de l'utérus se contractait, et qui s'est laissé passivement distendre sur son contenu et amincir dans ses parois; qu'il s'est produit une véritable poche herniaire sur la surface utérine (1). Il en résulte que la rétention devient de plus en plus considérable à mesure que la matrice subit la diminution de son volume par sa rétraction et son involution, et que la partie utérine distendue, amincie, peut lutter de moins en moins contre la partie saine de la matrice dont l'orifice de communication subit aussi une réduction proportionnelle.

Si, comme nous paraissent le démontrer les détails de cette pièce, cette explication est la vraie, il en résulte l'indication formelle de ne pas mettre de retard dans l'intervention active, non seulement pour ne pas laisser dans l'utérus un corps privé de vie qui, subissant la décomposition putride, peut devenir une cause d'infection, non seulement encore pour éviter que l'incarcération devienne plus étroite, plus difficile à faire cesser, mais aussi pour éviter la gangrène des parois de la poche utérine, qui paraît avoir été en voie de production dans ce cas

---

(1) Chailly, à l'exemple de Levret, attribue cette origine à ce phénomène, 4e édit., p. 893. Mais la figure qui accompagne le texte semble contredire cette explication, car les parois du chaton ont plus d'épaisseur que celles de l'utérus; la chose capitale de la lésion avait donc échappé à l'accoucheur de Paris.

et avoir été la cause directe de la péritonite qui a enlevé la malade; celle-ci n'a jamais présenté nettement des symptômes de septicémie puerpérale.

Ainsi la balance tenue à peu près égale entre l'intervention et l'expectation doit, par les raisons anatomiques déduites de l'inspection des pièces, pencher décidément du côté de l'intervention. C'est le cas de répéter avec Ovide :

Sed propera; nec te venturas differ in horas.
Quod non est hodie, cras minus aptus erit.

(Rem. Am., 93.)

DE LA MANIÈRE
DONT ON DOIT EXAMINER UN ENFANT MALADE (1).

Par M. Descroizilles,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

En inaugurant aujourd'hui, dans cet hôpital, les conférences que j'ai l'intention de faire sur les caractères de certaines affections que l'on observe chez l'enfant, il est peut-être téméraire à moi de vouloir professer après des maîtres tels que Guersant, Bouvier, Roger, etc.

Cependant, appelé à diriger ici le service des maladies du tégument externe et celui des affections chroniques, j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à vous initier à ces études. C'est pourquoi je crois devoir diviser les conférences de cette première année en deux parties : la première, qui sera consacrée à la pathologie et à la clinique des maladies de la peau chez l'enfant, maladies dont un certain nombre apparaissent dès le début de la vie; la seconde, qui comprendra les affections chroniques de ces maladies à allures lentes et indécises et dont la durée embrasse souvent non seulement des mois, mais encore

(1) Extrait de la *Gazette des hôpitaux*.

des années. Leur étude est aussi fort importante. Nous rangeons dans ce second groupe les maladies de poitrine, les maladies du cœur, le rhumatisme, la chorée, les maladies du système nerveux, paralysie, hystérie, épilepsie, les affections du système osseux ; nous faisons rentrer aussi dans cette seconde partie la coqueluche, la syphilis, le diabète, la cloro-anémie, et cet état particulier que M. Parrot a désigné sous le nom d'athrepsie, etc.

Parmi les affections cutanées, j'étudierai principalement les teignes ; parmi les maladies chroniques, les affections articulaires.

Le programme de ces leçons ainsi tracé, j'entre en matière sans plus tarder, par des généralités pratiques, sur la manière dont on doit examiner un enfant endormi ou tout éveillé.

S'il s'agit d'un nouveau-né, vous trouvez certains avantages à le voir pendant son sommeil pour étudier sa physionomie, son attitude, sa respiration, sa circulation, l'état de son pouls fort ou faible, en ayant soin, par la délicatesse de vos mouvements, de ne pas le réveiller. Au contraire, est-il éveillé ? Vous observerez ses cris, la manière dont il prend le sein, s'il a de l'appétit, si sa bouche s'accommode convenablement au mamelon ; vous profiterez de son état de veille pour examiner, par le toucher, si ses mâchoires sont bien conformées, si ses lèvres saisissent bien votre doigt, enfin s'il n'existe aucune anomalie intra-buccale. Puis, le faisant déshabiller par sa mère ou sa nourrice, vous examinerez à nu chacune des régions de son corps successivement, pour bien vous rendre compte de sa conformation générale, conformation du tronc, conformation des membres. Vous examinerez aussi l'état des linges ou des langes qui l'enveloppent au point de vue des matières alvines, fécales ou urinaires, de leur coloration, de leur abondance, de leur odeur ou de leur qualité, qui sont des éléments précieux de diagnostic. S'il n'y a pas d'urine dans les langes, il vous suffira le plus souvent d'une légère pression sur le bas-ventre, avec la main, pour en faire jaillir une certaine quantité.

Chez les petits enfants, le pouls étant toujours d'une assez

grande fréquence, 100 à 120 battements par minute, sans qu'il y ait pour cela la moindre fièvre, il est nécessaire, pour reconnaître sûrement l'existence de celle-ci, de consulter la température du corps, soit par l'introduction d'un thermomètre dans l'anus, soit en plaçant cet instrument dans l'aisselle.

Vous étudierez aussi la nature des cris poussés par l'enfant, sa physionomie, son attitude et la coloration de ses téguments. Le cri du nouveau-né a un premier temps, pendant l'expiration, où il est énergique et bruyant; le second temps, au contraire, correspondant à l'inspiration, est moins énergique, moins intense. Le premier cri du nouveau-né est généralement le résultat d'une expression de froid ; plus tard, il sera dû à des circonstances variées : douleurs, faim et souvent même méchanceté. S'il a faim, le cri s'arrêtera dès que vous lui ferez donner le biberon ou le ferez mettre au sein. Si le cri est causé par la douleur, il est généralement plus bruyant et cesse momentanément soit par la distraction et en amusant l'enfant, soit en le changeant de position.

Cependant, les cris ne sont pas un élément considérable de diagnostic, quoi qu'on en ait dit. Il n'en est pas de même de la physionomie, calme, la bouche fermée, le visage plus arrondi si l'enfant est bien portant ; froncé, s'il est souffrant au contraire ; grippé, s'il s'agit de quelque choléra infantile ; décoloré, sauf la rougeur des pommettes, dans la pneumonie. L'aspect est vieillot dans le cas de cachexie, la figure est ridée, plissée, et la peau terreuse. Dans le sclérème, — affection rare, — la face est large, immobile, les paupières sont closes. S'il s'agit de convulsions, le visage, au contraire, est mobile, grimaçant, les lèvres agitées, etc.

L'attitude du nouveau-né est la flexion, la tête tombante ; puis, la main cherche à saisir les objets qui sont à sa portée. Vers le deuxième mois de la vie, la tête se relève ; au quatrième ou au cinquième, l'enfant commence à rester assis ; du huitième au neuvième, il cherche à se tenir sur ses jambes ; enfin, du douzième au quatorzième ou quelquefois au quinzième seulement, il s'essaye à marcher.

La peau, très rouge les premiers jours qui suivent la naissance, revêt une teinte jaunâtre, quelquefois même ictérique dès le troisième ou le cinquième jour, et qui persiste généralement une douzaine de jours. Puis elle devient rosée. Enfin, vers le quatrième mois, elle acquiert sa coloration définitive. Je parle ici de l'enfant bien portant. Au contraire, celui-ci est-il atteint de quelque affection grave, elle devient pâle; est-il atteint de sclérème, elle revêt une teinte vineuse.

L'enfant du second âge est plus difficile à examiner à cause de sa pusillanimité et de son indocilité ; aussi, vous faudra-t-il faire acte à la fois de mansuétude et de fermeté sans parlementer trop longtemps, sans écouter ses caprices et ceux de ses parents. S'il résiste, prenez-le par la force, mais surtout sans brutalité ni violences d'aucune sorte.

Quel que soit son âge, faites-le déshabiller et mettre à nu, car souvent certaines déformations, notamment de la colonne vertébrale, restent méconnues même des parents ; de là, l'utilité de faire un inventaire exact du corps du petit malade.

Dès que l'enfant a un peu de fièvre, et quelle que soit la cause à laquelle vous croyiez devoir l'attribuer, ne négligez jamais d'examiner sa gorge. Cet examen n'est pas toujours très facile, l'enfant se refuse à ouvrir la bouche, et, si vous ne prenez aucune précaution, bien des fois vous risquerez d'être mordu, blessure plus ou moins grave, selon les cas. Il faut, pour cet examen, faire tenir l'enfant de façon à l'immobiliser complètement. L'un des bons moyens pour le forcer à ouvrir la bouche est de lui pincer les narines sans violence, afin d'empêcher l'air de pénétrer par cette voie. Cela seul suffit à faire desserrer les dents, ce dont on profite pour introduire l abaisse-langue. Pour le toucher de la cavité buccale, vous vous entourerez le doigt de l'anneau métallique, afin d'éviter des morsures parfois dangereuses, ou bien vous introduirez un morceau de liège entre les arcades dentaires, pour les maintenir suffisamment écartées.

L'ophthalmoscope n'est utile que dans certains cas, ou pour

nous aider dans le diagnostic de quelque méningite ou de quelque tumeur intra-crânienne.

L'auscultation se fera beaucoup plus par l'oreille que par le stéthoscope, en ayant soin de placer une serviette entre la peau de l'enfant et votre oreille, afin de vous garantir, soit contre certains animacules, soit contre quelque affection cutanée contagieuse.

Le murmure vésiculaire des poumons est plus franc, plus sonore chez l'enfant que chez l'adulte et présente un renforcement au niveau des grosses bronches, à l'épine de l'omoplate, où il est rude et ressemble à du souffle. On a dit que le souffle normal commençait par un *h* aspiré, tandis que le souffle morbide commençait par un *v* ou un *f*. Mais cette distinction est beaucoup trop subtile pour avoir quelque valeur.

Les bruits du cœur sont mieux perceptibles et plus éclatants chez l'enfant en raison même de l'épaisseur moindre des parois thoraciques. Ils ne présentent qu'un maximum; il s'entend dans le troisième espace intercostal. Le tintement métallique est le résultat de la distension de l'estomac par des gaz. Le souffle cardiaque est ordinairement doux : il n'est rude, râpeux, que s'il s'agit d'un état morbide.

Commencez toujours, chez l'enfant, par l'auscultation ; finissez par la percussion pour ne pas effrayer l'enfant. Elle se fera le plus souvent avec les doigts, sans plessimètre. La sonoité pulmonaire s'étend en arrière à gauche jusqu'à la douzième vertèbre dorsale, à droite jusqu'à la dixième ou la onzième seulement, à cause de la présence du foie; en avant et à gauche, elle descend jusqu'à la quatrième ou la cinquième côte; à droite, jusqu'à la troisième seulement. La matité que l'on observe dans la percussion du cœur s'étend de haut en bas de la troisième à la cinquième côte; de dedans en dehors, elle est limitée par la ligne articulaire costo-sternale gauche ; en dehors, elle s'arrête à une ou deux extrémités au delà du mamelon.

Telles sont les indications générales sur lesquelles je voulais appeler votre attention au début de ces conférences, relativement à la manière d'examiner les enfants.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Sur le service des vaccinations et des réformes qu'il réclame, par M. HEULARD, d'Arcy. — Dans le règlement que l'auteur propose, il commence par exclure les sages-femmes du service de la vaccination, sous prétexte qu'elles ne remplissent pas toutes les conditions qu'on peut exiger d'un bon vaccinateur. M. Hervieux fait observer combien ce prétexte est peu sérieux, appliqué à la généralité des sages-femmes, et déclare qu'il ne peut s'associer au vœu de M. Heulard, d'Arcy.

Il profite de cette circonstance pour signaler à l'Académie un fait important sur lequel il appelle toute son attention. Ce fait lui a été communiqué par M. Besnier. Voici en quoi il consiste : toutes les fois que la variole sévit dans un hôpital où l'on se sert du vaccin de génisse, les cas intérieurs de cette maladie qui se déclarent dans les salles, ne frappent pas les sujets revaccinés à l'aide de ce vaccin, mais seulement les sujets non revaccinés. Si nous n'avions pas déjà par devers nous les preuves expérimentales, physiologiques et cliniques les plus nombreuses de la puissance préservatrice de la vaccine animale, ajoute M. Hervieux, le fait que je viens de mentionner et sur lequel je ne veux pas m'étendre davantage, suffirait à vaincre toutes les résistances, si parmi ces résistances il n'y en avait pas de systématiques.

(*Séance du* 31 *janvier* 1882.)

Présentation d'un placenta double, par M. TARNIER. — Le 17 février, une femme accouchait à la Maternité d'un enfant vivant, qui s'était présenté par le sommet. L'accouchement avait été normal, et un quart d'heure après la naissance de l'enfant le placenta descendait dans le vagin et apparaissait à la vulve. Quelques efforts de la femme et quelques légères tractions pratiquées sur le cordon amenèrent ce placenta au dehors. Quand la sage-femme qui procédait à la délivrance voulut éloigner le placenta de la vulve, elle s'aperçut

qu'une portion des membranes résistait aux tractions faites sur elles. Dans ce cas je recommande à mes élèves de ne jamais tirer avec force et d'appliquer sur les membranes adhérentes un fil, comme on le ferait sur le cordon ombilical. Ce fil, dans les heures ou dans les jours qui suivent, sert à extraire le reste des membranes.

L'aide sage-femme de la Maternité se conforma aux préceptes que je viens d'indiquer, mais pendant qu'elle plaçait sa ligature, une hémorrhagie survint et, au milieu d'un flot de sang, un placenta supplémentaire fut expulsé.

Vous pouvez voir, sur la pièce que je présente, le placenta principal dont le poids est de 410 grammes, et un placenta accessoire du poids de 140 grammes. Entre les deux placentas il existe un pont membraneux contenant quelques rameaux vasculaires.

Ce pont membraneux aurait pu se rompre, et, le placenta principal examiné, le médecin le plus instruit aurait pu déclarer que la délivrance était complète, alors que l'utérus aurait retenu le placenta accessoire.

On peut donc supposer que des faits analogues pourraient se produire; aussi quand une femme meurt de septicémie par putréfaction d'un cotylédon placentaire, il faut se rappeler ces faits et ne pas trop se hâter de déclarer que la délivrance a été faite avec négligence, qu'un cotylédon placentaire a été oublié dans l'utérus, et que l'examen du placenta aurait dû montrer que la délivrance n'était pas complète. C'est ce point que j'ai voulu mettre en lumière en présentant cette pièce, car il n'est pas rare de trouver un placenta supplémentaire, et notre collègue, M. Blot, a même décrit un curieux exemple de cette anomalie.

Mais ne serait-il pas possible de reconnaître l'existence de ces placentas accessoires? Après l'expulsion du placenta hors de la vulve, il est fréquent d'observer un prolongement membraneux, restant adhérent à l'utérus, qui retient une partie des membranes de l'œuf. J'attribue cette rétention des membranes à trois causes principales: 1° l'adhérence anormale des membranes, qui de toutes les causes est la plus fréquente; 2° l'entortillement des membranes autour d'un caillot qui ne peut facilement traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté; 3° l'existence d'un placenta accessoire.

Lorsqu'il s'agit d'adhérences anormales ou de caillots entortillés dans les membranes, le prolongement membraneux qui s'étend de l'utérus au placenta expulsé ne contient pas de vaisseaux. Au con-

traire, quand il s'agit d'un placenta accessoire, on trouve dans ce pont membraneux quelques rameaux des vaisseaux ombilicaux, rameaux qui relient le placenta principal au placenta accessoire.

Avec de l'attention, de bons yeux, et en prenant la précaution d'étaler les membranes qui sortent de l'orifice vulvaire, on peut donc diagnostiquer un placenta accessoire, quand les membranes qui pendent à la vulve contiennent quelques vaisseaux sanguins.

(*Séance du* 21 *février* 1881.)

Paul RODET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Contribution à la pratique de l'énucléation des fibromes de l'utérus, par M. DEZANNEAU. — Les observations et les remarques pratiques contenues dans ce travail ont pour objet les fibromes intra-utérins sessiles, plus ou moins adhérents au tissu utérin dans une étendue souvent considérable.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 52 ans, ayant eu quatre enfants dont le dernier a 20 ans. Depuis plusieurs années elle est sujette à des pertes sanguines abondantes, presque continues, et l'anémie est arrivée à un degré tel que la vie semble compromise à très bref délai.

Par le toucher vaginal, on constate l'existence d'un fibrome volumineux, dont une partie arrondie, large de 5 centimètres environ, a franchi le col qu'elle déborde en bas de deux travers de doigt; le col, très dilaté et très aminci, est facilement accessible et paraît sain dans toute son étendue; la palpation abdominale montre le fond de l'utérus à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse, du volume des deux poingts environ, mobile et régulièrement développé, sans inégalités à sa surface; il semble faire corps avec la tumeur constatée par le toucher vaginal.

Opération. — La malade placée dans le décubitus dorsal, le siège élevé sur le bord de son lit, deux fortes pinces de Museux sont implantées dans la partie saillante du polype; des tractions modérées, soutenues pendant quelque temps amènent la tumeur à la vulve; le

fond de l'utérus exploré par le palper suit ce mouvement; les pinces menaçant à ce moment de déchirer le tissu morbide sont détachées l'une après l'autre et implantées dans une partie plus élevée de la tumeur. Pendant que de nouvelles tractions sont exercées, le doigt introduit entre le col et la tumeur détruit quelques adhérences et la chaîne de l'écraseur Chassaignac peut être introduite, non sans difficulté, au-dessus du point d'implantation des pinces; une constriction énergique exercée avec l'écraseur permet de fixer solidement le polype; de nouvelles tractions sont alors exercées à l'aide de l'écraseur et des pinces; une autre portion de la tumeur, un tiers environ de sa longueur, franchit le col, et le col lui-même arrive à la vulve. Il est alors facile de s'assurer que la tumeur est adhérente, dans la plus grande partie de son étendue au tissu utérin, et qu'il est de toute impossibilité d'introduire plus haut une chaîne d'écraseur ou un fil constricteur quelconque; je me décide alors à faire l'énucléation.

Le doigt indicateur de chaque main, introduit successivement dans l'utérus, pénètre comme un cône entre la tumeur et les parois utérines; ce doigt, dirigé du côté de la tumeur, fait porter le traumatisme sur elle en respectant autant que possible le tissu utérin. Après dix minutes environ de ce travail de décollement les adhérences plus intimes de la tumeur vers sa partie supérieure font craindre que le doigt ne soit impuissant à les détruire. Une nouvelle manœuvre devient alors nécessaire. Pendant qu'un aide, en déprimant fortement la paroi hypogastrique, repousse l'utérus en bas, des tractions énergiques à l'aide des pinces et de l'écraseur sont dirigées obliquement en bas et à droite en même temps que le doigt, introduit le plus profondément possible, repousse en haut et à gauche la paroi utérine. La même manœuvre est répétée du côté opposé, puis en avant et en arrière. La grande force qu'elle permet au doigt d'exercer triomphe des connexions intimes qu'il rencontre surtout en arrière, et la tumeur franchit peu à peu la vulve. Une partie de la lèvre antérieure du col apparaît en même temps au dehors; craignant à ce moment que le fond de l'utérus ne s'invagine et suive la tumeur, j'exerce un mouvement de torsion en même temps que deux doigts introduits profondément s'assurent que l'utérus ne suit pas ce mouvement.

Des manœuvres répétées de torsion de gauche à droite et de droite à gauche sont alors combinées avec une traction énergique, et au bout de quelques minutes, la tumeur se détache brusquement en tota-

lité. C'est une masse dure et volumineuse, peu vasculaire, à aspect pyriforme, la grosse extrémité tournée en haut, formée de deux lobes unis par des adhérences peu solides.

Son grand diamètre vertical est de 16 centimètres; sa circonférence vers la partie moyenne de 30 centimètres. L'examen de sa surface montre qu'elle était adhérente au tissu utérin dans la plus grande partie de son étendue, les connexions principales ayant lieu vers le fond de l'utérus.

La malade avait perdu peu de sang. Les manœuvres, très laborieuses et très douloureuses au début, avaient été moins pénibles pour la malade pendant la dernière période d'extraction.

Aussitôt après, l'utérus revient sur lui-même en se contractant énergiquement; le col remonte dans le vagin. Ergotine. Injection phéniquée froide dans le vagin.

La malade reprenait ses occupations deux semaines après l'opération.

La deuxième observation a pour sujet une femme de 44 ans, mère de deux enfants, affectée depuis plusieurs années de pertes sanguines continues.

Le vagin et la vulve sont distendus par une tumeur fibreuse énorme dont il est impossible de déterminer les connexions avec l'utérus, le doigt ne pouvant atteindre le col. La tumeur, fixée par des érignes est fractionnée par tranches à l'aide de forts ciseaux, puis attirée à travers la vulve. Puis on la soumet à des mouvements de torsion en même temps que deux doigts décollent ses adhérences du tissu utérin. En peu d'instants la tumeur se détache sans accidents et sans hémorrhagie. La seule partie vraiment laborieuse de l'opération a été le fractionnement de la tumeur qui a demandé près de trois quarts d'heure. Le poids total est de 900 grammes. Guérison sans accidents.

Observation III. — Femme de 30 ans n'ayant jamais eu d'enfant. Fibrome du volume d'une tête de fœtus à 7 mois. La moitié de la tumeur est descendue dans le vagin, la partie supérieure est entourée par le col largement dilaté.

Application d'un petit forceps et de pinces érignes qui attirent la tumeur au dehors. Sessile et peu adhérente aux parois utérines, elle se laisse facilement décoller par la seule introduction du doigt. et quelques mouvements de torsion achèvent de la détacher. Guérison rapide.

Observation IV. — Fille de 35 ans. Fibrome du volume d'un œuf de poule, saillant dans le vagin, et donnant lieu depuis six mois à des pertes fétides. Le col donne passage à un pédicule qui a le volume de trois doigts réunis.

Une chaîne d'écraseur est placée d'abord sur le pédicule pour en opérer la section ; mais, en cherchant à porter la chaîne plus haut je constate que le prétendu pédicule va en s'évasant et distend la cavité utérine. Peu à peu le col est amené jusqu'à la vulve; l'introduction du doigt permet alors de détacher facilement la tumeur par des mouvements combinés de torsion et de décollement.

La portion utérine de la tumeur est presque identique à la portion vaginale, la longueur totale du fibrome est de 12 centimètres. Guérison après huit jours d'accidents inflammatoires dus à une métrite légère.

Observation V. — Mme C..., mère de deux enfants, âgée de 40 ans, est affectée depuis plusieurs années de pertes sanguines qui l'ont réduite à une anémie extrême; sa vie paraît menacée dans un avenir très rapproché.

Elle porte un corps fibreux intra-utérin du volume du poing. Le col est assez dilaté pour permettre l'introduction de trois doigts. Depuis plus de six mois, malgré l'usage de l'ergotine, la dilatation reste la même, le corps fibreux ne s'engage pas, et les hémorrhagies continuent.

Le col est incisé de chaque côté, ainsi que la capsule d'enveloppe; le fibrome mis à nu est décollé avec le doigt dans une petite étendue, puis attaqué à l'aide de la pince de M. Guyon et de diverses énucléations. Malgré de laborieuses tentatives répétées pendant près d'une heure, je ne réussis qu'à enlever des fragments de la tumeur, et l'épuisement de la malade ne me permet pas de continuer l'opération. L'écoulement de sang est assez modéré, mais il survient le lendemain une violente inflammation qui se termine au bout de quinze jours par un grand abcès pelvien. Cet abcès, ouvert et drainé par le vagin, finit par guérir. Quant au corps fibreux, profondément modifié par ce violent travail inflammatoire, il diminue peu à peu de volume, les hémorrhagies ne se reproduisent plus, et, au bout d'un an, la tumeur semble avoir complètement disparu.

L'examen de ces faits m'a conduit aux conclusions pratiques suivantes :

1° L'énucléation est le seul procédé opératoire applicable aux

tumeurs fibreuses non pédiculées, développées dans la paroi de l'utérus et faisant saillie dans le vagin.

2° Cette opération, en raison de ses difficultés ou de ses dangers, n'est indiquée que quand les fibromes menaçent de compromettre l'existence soit par les hémorrhagies ou les écoulements fétides qu'ils déterminent, soit par les graves phénomènes de compression qu'ils exercent sur les organes voisins.

3° Les fibromes interstitiels ayant une marche spontanée vers l'énucléation en raison de l'amincissement progressif de leur capsule et de leur tendance à descendre de la cavité utérine dans le vagin, l'opération devient d'autant plus facile que l'état général permet d'attendre plus longtemps avant de la pratiquer.

4° Le doigt est très supérieur à tous les instruments pour l'énucléation.

5° Dans les manœuvres de décollement, l'ongle du doigt doit être dirigé de façon à faire porter le traumatisme sur la tumeur elle-même et non sur l'utérus. Le doigt agira d'abord à la façon d'un cône pénétrant entre le fibrome et sa capsule; puis, pour vaincre les adhérences plus intimes, il devra repousser en haut et en dehors les parois de l'utérus, pendant que des tractions énergiques attireront la tumeur en sens inverse.

6° Quand le décollement touche à sa fin, et que le doigt ne peut plus atteindre les adhérences supérieures, une torsion combinée avec une traction sera suffisante pour achever l'énucléation.

7° Il est nécessaire pour l'énucléation que la partie libre de la tumeur soit saisie solidement; de fortes pinces érignes, des crochets, la pince du professeur Guyon suffiraient quelquefois pour une traction énergique; mais comme ces instruments peuvent écraser ou déchirer le tissu morbide, une chaîne d'écraseur fortement serrée sur la tumeur au-dessus des pinces rendra souvent le plus grand service. Il faudra aussi que l'abaissement soit facilité par la main d'un aide fortement appliquée sur la région hypogastrique.

8° L'énucléation des gros polypes utérins pouvant entraîner des accidents hémorrhagiques ou inflammatoires graves, il sera nécessaire d'administrer l'ergotine par la bouche ou en injections sous-cutanées après l'ablation de la tumeur et le chirurgien devra s'entourer, avant, pendant et après l'opération, des précautions antiseptiques les plus minutieuses. (*Séance du 11 janvier* 1882.)

R. Chenet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES (1).

Tumeur fibreuse de l'utérus. — Le Dr Carter présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée chez une femme de 54 ans, qui avait des hémorrhagies depuis six ans. Une excroissance lisse, volumineuse, dépendant de la lèvre postérieure du col, remplissait le vagin. On l'enleva à l'aide de l'écraseur; son poids était de 630 grammes. Le lendemain une masse d'un certain volume remplissait de nouveau le vagin, c'était la portion interstitielle de la tumeur enlevée. On administra de nouveau l'éther et l'on extirpa de la lèvre postérieure du col une masse du poids de 300 grammes. Le troisième jour on trouvait encore dans le vagin une excroissance polypoïde qui partait de la paroi postérieure. On l'extirpa encore avec l'écraseur, elle pesait 90 grammes. La malade va bien.

Fœtus momifié. — Le Dr Outhwaite présente un fœtus momifié de deux ou trois mois. Il fut expulsé après que la mère venait d'accoucher d'un enfant au septième mois. Le placenta était unique et les membranes étaient manifestement cloisonnées.

Le Dr Edis pense que c'est un fait commun. Il arrive souvent que dans une grossesse gémellaire il survient une hémorrhagie, que l'on attribue à un avortement supposé, quand il ne s'agit en réalité que d'un œuf qui s'est flétri et qui peut ou rester ou être expulsé.

Grossesse compliquée par un fibrome. — Le Dr Galabin présente, au nom de M. Gilliugham, un utérus dont la face interne était le siège d'une tumeur fibreuse et qui contenait un fœtus à terme. Le col était fermé et la tête au-dessus du détroit supérieur. On avait cru tout d'abord que la masse lisse, élastique, que l'on sentait à travers le col, était constituée par les membranes d'un second fœtus. Cette opinion fut abandonnée après qu'on eût essayé en vain d'égratigner ces prétendues membranes. Un autre médecin diagnostiqua un placenta prævia. On put extraire difficilement l'enfant par la version, mais la mère mourut peu après de shock et d'hémorrhagie.

Pommade salicylique. — Le Dr Matthews Duncan recommande

(1) Nous fournirons, à dater de cette année, un compte rendu régulier des travaux de la Société obstétricale de Londres.

cette pommade (une partie d'acide salicylique pour quatre ou cinq de vasseline), comme un moyen excellent de conserver aseptiques les éponges, tentes et instruments introduits dans le vagin.

Traitement de la dysménorrhée et de la stérilité. — On continue la discussion sur le travail du Dr Godson. « Traitement de la dysménorrhée et de la stérilité par la dilatation à l'aide de bougies métalliques. »

Le Dr ROGERS a employé la dilatation, il y a quinze jours, sur le conseil de Simpson. Chez les femmes mariées, il a pu obtenir assez souvent la grossesse, mais les résultats étaient moins satisfaisants chez les filles. Il a cessé d'y avoir recours et il croit que le procédé a été délaissé à Londres jusqu'à ces dernières années. Il a également renoncé aux incisions, une de ses malades étant morte après cette opération. Il essaya ensuite de la tige intra-utérine du Dr Win William et il n'eut d'accident sérieux que dans un seul cas. Cependant, dans sa clientèle, il donne la préférence aux tiges de Meadow ou de Routh en vulcanite, parce que le caoutchouc s'altère facilement.

Le Dr BRAXTON HICKS avoue qu'il a été très souvent embarrassé pour diagnostiquer la dysménorrhée purement spasmodique qui fait l'objet du travail de l'auteur. Il est parfaitement possible que, pendant une période intermenstruelle on fasse pénétrer facilement une sonde jusqu'au fond de l'utérus, et cependant le sang des règles peut trouver un obstacle à son écoulement par suite de la présence d'un caillot ou au gonflement de la muqueuse. Ces conditions s'observent très souvent en même temps que l'état spasmodique, chez les femmes sujettes aux irritations réflexes, de sorte qu'il y a là un état complexe. Si l'on examine le traitement proposé par l'auteur, on voit qu'il se borne à l'introduction de bougies graduées. D'où l'on peut conclure que les cas où il a été employé à une période menstruelle étaient plus ou moins des cas d'obstruction, à moins que l'on n'arguë que le simple passage du métal endurcisse la muqueuse et rende l'utérus moins sensible et diminue l'état spasmodique.

Le Dr SAVAGE dit que les inventeurs d'instruments prétendent que leurs inventions ont procuré dans quelques cas la guérison, le soulagement dans la plupart et qu'elles n'ont jamais été nuisibles ; tandis qu'il est évident que jamais la guérison n'a été obtenue, que le soulagement produit ne durait que tant que l'on conservait les instruments et que trop souvent on a eu à regretter de les avoir em-

ployés et même qu'ils ont pu compromettre l'existence. Un chirurgien distingué a présenté dernièrement quatorze pièces pathologiques des annexes de l'utérus qui provenaient de femmes qui avaient été soumises à toutes sortes de traitements par des instruments. Il était évident que la maladie première avait été sinon produite, du moins singulièrement aggravée par ces appareils. Il s'élève contre le diagnostic des déviations à l'aide des instruments.

Le Dr Priestley dit qu'il n'est pas prouvé que la dysménorrhée soit toujours mécanique, car on observe souvent des douleurs intenses pendant la menstruation après que les voies génitales ont été dilatées par la parturition, bien qu'il soit vrai que la plupart du temps l'accouchement guérisse une dysménorrhée préalablement existante.

On peut observer de grandes souffrances à une époque correspondante à la période cataméniale dans des cas où l'aménorrhée est absolue ou bien l'utérus rudimentaire. Il y a toute une grande catégorie de cas, surtout chez les filles, où le traitement local est absolument inutile. Contrairement à l'auteur, il maintient la dénomination de dysménorrhée par obstruction, car on rencontre des cas d'étroitesse organique véritable, congénitale ou acquise, comme à la suite d'une inflammation et où un diagnostic exact est très important. Dans les cas où le traitement local est nécessaire, il préfère la dilatation à l'incision.

Le Dr Galabin fait remarquer que dans la grande majorité des cas ce n'était pas seulement la dysménorrhée qui avait été guérie, mais bien aussi la stérilité. Quel était donc le mécanisme de cette guérison? Il a rencontré des cas où, après plusieurs années d'un mariage stérile, la grossesse était survenue un mois après l'emploi de bougies métalliques ou du dilatateur de Priestley. Barnes a cité des cas de guérison de la stérilité par de petites incisions de l'orifice externe et ces cas ne sont pas rares. Le seul côté commun des trois modes de traitement, c'est de rendre le canal cervical libre et accessible. Mais un canal suffisamment large pour laisser passer une sonde peut cependant ne pas laisser pénétrer le sperme. *A fortiori* un semblable canal peut ne pas permettre l'issue du produit de la menstruation qui est constitué, non seulement par du sang liquide, mais aussi par des caillots et des débris et même des lambeaux de membrane. Il rejette la théorie de l'auteur qui attribue la stérilité à un spasme de

l'utérus qui rejette le sperme, car le spasme douloureux ne survient qu'à la période menstruelle.

Le Dr Murray vient préconiser la tige intra-utérine. Les cas de dysménorrhée et de stérilité qu'il a traités de cette façon ont tous été des succès et il pense que le pessaire à tige amènera la guérison, surtout dans les cas de dysménorrhée spasmodique. Il partage l'opinion de MM. Hicks et Priestley que généralement on a trop de tendance à intervenir.

Le Dr Aveling emploie la dilatation dans le traitement de la dysménorrhée, de quatre façons :

1° La dilatation passive ou que l'on a appelée aussi physiologique, au moyen des tiges ;

2° En maintenant le canal entr'ouvert par des sondes, des bougies ou des tampons ;

3° Dilatation directe par des instruments ou des tentes qui, introduits dans le canal, augmentent de volume ;

4° Par des incisions.

Le Dr Matthews Duncan croit que l'on a exagéré les difficultés mécaniques qui s'opposent à la pénétration du sperme et il insiste sur l'erreur qui consiste à regarder les dimensions du canal cervical comme constantes et invariables. Elles varient évidemment et elles sont presque certainement augmentées pendant l'orgasme vénérien. On a tort de s'attacher aux dimensions des voies génitales pour rechercher tout d'abord quels sont les changements qu'elles subissent. Beaucoup de praticiens distingués doutent de la réalité de semblables guérisons de stérilité et n'y voient qu'une simple coïncidence Les seuls cas où il admette la guérison sont ceux de stérilité liée à la dysménorrhée, dont il est question dans le travail du Dr Godson. Ce qui prouve la réalité de ces guérisons, c'est que toutes ont été obtenues par le même procédé, la dilatation du col.

Le Dr Godson dit que la malade chez laquelle M. Rogers a introduit des dilatateurs était certainement affectée de dysménorrhée congestive et n'était pas un cas favorable au traitement. Il est très important d'établir un diagnostic exact et de ne pratiquer la dilatation que dans les cas où il n'y a pas de congestion ; sinon on s'exposerait à des complications inflammatoires. Son travail ne s'applique qu'à la dysménorrhée spasmodique coïncidant avec la stérilité ; aussi les observations du Dr Priestley, relatives au traitement chez les jeunes

filles, étaient en dehors du cadre de son travail ; du reste il est complètement de son opinion à cet égard.

(*Séance du* 11 *janvier* 1882.)

Paul Robert.

VARIÉTES

Enlèvement des annexes de l'utérus comme moyen d'arrêter les hémorrhagies utérines. — Le Dr Lawson Tait a employé plusieurs fois cette méthode et il a observé que l'enlèvement des ovaires seuls ne suffisait pas pour arrêter la menstruation, tandis que si l'on enlevait également les trompes, on atteignait le but que l'on se proposait. Il rapporte trente et un cas sur lesquels il eut quatre morts et il pense que l'on peut tirer de ses expériences les conclusions suivantes :

1° En tant qu'il s'agit des premiers résultats, l'enlèvement des annexes de l'utérus fait dans le but d'arrêter une hémorrhagie utérine incoercible, est une opération aussi bien justifiée que n'importe quelle grande opération chirurgicale.

2° Quant à ce que l'on sait de ses résultats éloignés, on peut dire que c'est une opération qui mérite d'être propagée.

(*American Journ. of med. sciences*, janvier 1882, p. 18.)

Expulsion d'un fœtus à travers le périnée. — M. Robert W. Harley rapporte l'observation d'une femme de 25 ans, de petite taille, dont le mari éprouvait beaucoup de difficulté dans l'accomplissement de l'acte conjugal, ce qu'il attribuait à ce que la symphyse pubienne était très basse.

Le 27 février, le début du travail s'étant annoncé, on envoya chercher M. Harley qui trouva la dilatation complète et la tête déjà très bas. Pendant qu'il l'examinait, survint une forte douleur expulsive, suivie de plusieurs autres ; le rectum était distendu et le périnée s'était très rapidement aminci. Toutes les forces expulsives paraissaient diriger leur action en arrière, et pendant une douleur, tandis qu'il essayait de ramener la tête en avant, des contractions utérines

très violentes, agissant concurremment avec l'abaissement du pubis, qui empêchait le passage de la tête en avant, en même temps qu'il servait de point de résistance, poussèrent la tête droit au travers du périnée, dans son tiers postérieur. L'extraction s'acheva à travers la rupture, ainsi que la délivrance. En avant il restait encore une surface périnéale de 25 millimètres de large; en arrière la lacération s'étendait jusqu'au sphincter anal qui était intact. On fit la réunion à l'aide de sutures et la guérison s'opéra parfaitement bien.

(*American Journal of med. sciences*, janvier 1882, p. 295.)

Paul RODET.

Traitement des flexions utérines. — Le Dr H. Baker, d'accord avec M. Graily Hewitt, pense que, dans le cas de flexion acquise, le ramollissement des tissus utérins, dû en grande partie à un défaut de nutrition générale, constitue une prédisposition à la flexion dont il faut tout d'abord s'enquérir avant d'instituer le traitement. Ce qui rend l'intervention nécessaire, c'est plutôt le degré d'obstruction produit par la flexion, que le degré ou la forme de la déviation. Dans le cas de rétroflexion, s'il n'existe pas de traces d'inflammation actuelle ou ancienne, il faut réduire la déviation et ajouter un pessaire, même s'il y a de l'endométrite qui disparaît souvent, à mesure que l'utérus reprend sa position normale. Dans le cas d'antéflexion, il conseille de passer des bougies graduées pendant la période intermenstruelle, en cessant dix jours avant les règles.

(*Boston med. and surg. Journal*, 5 janvier 1882.)

Paul RODET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

De l'obstétrique en Italie, compte rendu adressé à S. Exc. M. le Ministre de l'Instruction publique par le Dr GABRIEL MILLOT, chargé par le gouvernement d'une mission scientifique, membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, de la Société médico-physique de Florence, de

la Société des sciences médicales de Lisbonne etc., etc. Grand in-8 de 582 pages, avec un tableau statistique. Prix, 12 fr. — Paris, O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Des kystes de ligaments larges, par le Dr CASTANEDA Y TRIANA. In-8 de 94 pages. Prix, 3 fr. — Paris, O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Expériences avec le cranioclaste de Carl Braun (de Vienne) *dans les bassins très rétrécis avec le même instrument*, par le Dr NARICH. In-8 de 90 pages, avec 4 planches. Prix, 3 fr. — Paris, O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Total extirpation of the uterus through the vagina, par le Dr Christian FENGER, de Chicago. Extrait de *The American J. of the medical sciences*, janvier 1882.

Due pelvi con deformazione rara per mancanza congenita della sinfisi pubica e diastasi delle ossa relative, par le Dr MAGGIOLI VINCENZO, Milan, 1881.

Della mobilita eccessiva dell'utero, par le Dr ERNESTO GRASSI. Extrait de *Sperimentale*, janvier 1882.

Note sur un cas de pustule maligne traitée par la teinture d'iode, par le Dr THEVENOT. Extrait du *Journal des Connaissances médicales*, n° 29, 1881.

De la grossesse cervicale, par le Dr MARCHAL, Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, séance du 23 avril 1881.

Scuole ostetriche italiane e straniere, par le Dr MACARI.

Forcipe e Rivolgimento nel bacino ovalare obliquo nota sperimentale, par le Dr CUZZI. Extrait du *Giornale internazionale delle science mediche*, 3e année 1881.

De la céphalotripsie tête dernière, par le Dr Fernaud CASTELAIN. Extrait des *Archives de Tocologie*, 1881.

Di un'amputazione utero-ovarica cesarea (*metodo Porro*) *con esito felice per la madre e per il bambino*, par le Dr NICOLINI, Milan, 1881.

Le cuir chevelu, par le Dr VERRIER. Paris, 1881.

Effets et mode d'action du séjour dans l'air comprimé dans le traitement de l'anémie et de l'obésité, par le Dr ROUXEL. Paris, G. Baillière, éditeur, 1881.

Formulaire magistral pour les maladies des enfants, par le Dr MAURIN. G. Baillière, éditeur.

Two cases of pregnancy and parturition shortly after single ovariotomy and cauterizotion of cystic follicles in the other ovary, and one case of ovariotomy during pregnancy near term, par le Dr PIPPINGSKÖLD. Extrait de *The American J. of obstetrics*, vol. XIII, n° 11, avril 1880.

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Successr, imp de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

SORANUS D'ÉPHÈSE, ACCOUCHEUR

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE LA VERSION PODALIQUE

Par J.-F. Herrgott,
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy.

> **Soranus est de ceux qui doivent être réhabilités dans l'histoire de notre art.**
> **(Guardia. Et. hist., *Gaz. méd. de Paris*, 1869, 605.)**

Esquisse historique.

A mesure que l'archéologie et l'érudition pénètrent plus profondément dans la civilisation romaine dont quelques côtés avaient été enveloppés par les ténèbres du moyen âge; que des fouilles sous les cendres volcaniques, sous les débris des monuments, les recherches dans la poussière des bibliothèques met-

tent au jour des témoins de plus en plus nombreux de la vie intérieure des Romains du temps des premiers empereurs, on a la bonne fortune aussi de trouver dans le domaine de la médecine des documents qui prouvent que l'obstétricie, qu'on a appelée la branche cadette de l'art, avait été à cette époque brillante plus cultivée et plus avancée qu'on n'avait pu le croire.

Pendant longtemps un certain nombre de maîtres n'ont été connus que par l'écho de leur nom dans les chants des poètes, le récit des historiens, par l'influence que les contemporains leur attribuaient sur la marche de la science, ou par quelques fragments de leurs œuvres arrachés à l'oubli par les collectionneurs, abréviateurs ou auteurs de manuels, qui existaient déjà autrefois.

On comprend la satisfaction que l'on a dû avoir éprouvée quand furent retrouvés presque dans leur intégrité des écrits qu'on devait croire à jamais perdus, et qu'après des siècles de silence des voix magistrales ont pu se faire entendre de nouveau. L'obstétricie a eu la chance heureuse de voir dans une des œuvres de Soranus retrouvée par Dietz un tableau fidèle de son art au temps de Trajan. Si elle a pu se réjouir de l'éclat qu'il avait jeté à cette époque, elle a dû déplorer qu'il ait été si éphémère, que cette lumière n'ait pas illuminé les siècles suivants, n'ait rayonné qu'à une trop courte distance pour s'éteindre bientôt presque complètement. Ces documents anciens, nouveaux pour la science actuelle, lui imposent de modifier l'histoire de l'art qui avait été écrite sans eux ; ainsi diminue aussi le pénible contraste qu'on croyait exister entre les chefs-d'œuvre de l'esprit humain de cette époque, qui attestent une civilisation si élevée, et la pratique de l'art que l'on avait cru avoir été à cette époque si grossière et si barbare.

On savait que Soranus avait pratiqué les accouchements d'une manière plus douce que ses devanciers ou ses contemporains. Tertullien qui vivait au II[e] siècle parle de sa pratique : « Miliorem æstimat Soranum ; » mais du *Traité des maladies des femmes*, quelques fragments seulement avaient été conservés.

malheureusement pas ceux qui tracent les règles de la pratique des accouchements.

La découverte par un savant de Kœnigsberg, F. R. Dietz, mort, hélas, à 31 ans, du *Traité des maladies des femmes* de Soranus, dans deux manuscrits (1), l'un à Paris, du xv° siècle, l'autre en Italie du siècle suivant, et la publication qui fut faite en 1838 à Kœnigsberg de ces manuscrits par Chr.-Aug. Lobeck, peu après la mort de Dietz son ami, fut un événement considérable pour l'histoire de l'art. Il eut pour effet plusieurs travaux importants : une dissertation de Hæser, le savant historien de la médecine « *De Sorano Ephesio ejusque* περὶ γυναικείων παθῶν *libro nuper reperto programma* » (Jen., 1840, in-4°) dans lequel l'auteur établit par des passages empruntés à ce livre que Soranus d'Ephèse est l'auteur du livre περι γυναικειων παθῶν, et non un Soranus plus ancien comme on l'avait cru jusque-là, ce qui illumine la personnalité de Soranus, et dissipe la légende des quatre Soranus admise jusque-là. Une dissertation inaugurale fut publiée la même année à Breslau par un jeune israëlite polonais, Isid. Pinoff, très versé dans la littérature ancienne, et se livrant alors à l'étude de l'obstétricie. Il eut la pensée d'étudier l'obstétricie de Soranus dans le livre dont Dietz venait de faire la découverte. « *Nova et pæne inesperata lux nobis est orta, invento a divo Dietzio Sorani Ephesii opere* περὶ γυναικείων παθῶν, » dit-il dans sa préface. Extraire de ce livre et commenter brièvement ce qui a trait à l'obstétricie fut le sujet de sa dissertation (2) inaugurale soutenue à Breslau le 26 novembre 1840. Ce travail fut repris par l'auteur et étendu à tout le Traité de Soranus et publié dans le *Janus*, journal historique et littéraire de la médecine publié à Breslau sous la direction de Henschel (3). Les pas-

(1) *Codex Parisiensis*, 2153, chartaceus, forma 4°, inde à fol. 218, liber Sorani incipit. *Codex romanus*, Barberinus, 359, chartaceus, forma 8°, mendosus. Ed. pr., p. 1.

(2) Artis obstetriciæ Sorani Ephesii doctrina, etc. In-8°, 63 p.

(3) Die Geburtshülfe des Soranus Ephesios, I, 1846, p. 705. II, 1847, p. 16, 217, 732.

sages les plus importants du Traité de Soranus sont en partie traduits en allemand et enrichis de notes historiques. Nous en empruntons quelques-unes ayant trait aux quatre chapitres dont nous donnons la traduction complète; nous regrettons de n'avoir, après de longues recherches, obtenu ces travaux que quand le nôtre était presque terminé.

Ces travaux sérieux, publiés dans un journal d'une haute importance, trop peu répandu, et qui n'a duré que trois ans, n'ont eu en France que peu de retentissement, n'y ont pas excité le désir d'étudier le Traité de Soranus, dont le texte grec avait été publié sans traduction. Il en aurait été ainsi peut-être pendant longtemps encore, si un savant hollandais, le Dr Ermerins n'avait, par une revision, une coordination du texte et une traduction latine, rendu plus facile l'étude de ces précieux documents. Ce savant helléniste était plus compétent que tout autre pour mener à bonne fin cette œuvre difficile, car déjà en 1847 il avait publié une édition d'Arétée remarquable après celle de Boërhave; de 1859 à 1865, une édition des œuvres d'Hippocrate en trois volumes in-4°, en même temps que se poursuivait l'édition de Littré, qui, au dire des juges les plus compétents, ne lui enlève rien de son importance. Il faut donc se féliciter de la publication faite par lui d'une des œuvres les plus importantes de celui que Daniel Leclerc, dans son histoire de la médecine, appelle « le plus habile des médecins méthodiques » (1) et qui est certainement le plus grand et le plus habile accoucheur de l'antiquité. C'est là une double exhumation de la poussière des bibliothèques et du désordre des copistes, faite après dix-huit siècles d'ensevelissement.

En publiant le *Traité des maladies des femmes* (2), Ermerins dit n'avoir eu d'autre désir que de mettre de l'ordre dans ce livre, et de l'avoir rendu lisible pour le médecin. « Spero... ut « lectoribus Sorani librum eo modo in manus dem, saltem ut

(1) 2e part., liv. IV, sect. I., ch. IV, p. 452. (Ed. 1723).

(2) Trajecti ad Rhenum ap. Kemink et filium, 1869, in-8°, CXVII, 301, græc. lat.

« legi possit (1). » Le vœu trop modeste de l'éditeur est dépassé sans doute, mais il sera permis à l'obstétricien de regretter qu'une si vaste érudition n'ait pas été mise à profit pour un travail complémentaire, dans lequel eussent été éclaircies les nombreuses questions historiques que le texte soulève à chaque pas. Peut-être le savant aurait-il achevé son œuvre en ajoutant une seconde lettre critique à la première publiée trois ans après le Traité (2), si le typhus exanthématique ne l'avait enlevé, le 29 mai de la même année, à la science et aux lettres qu'il servait d'une manière si utile et si distinguée.

Cette publication n'a point passé inaperçue en France, elle fut immédiatement annoncée et étudiée avec une haute compétence par M. le Dr Guardia dans la *Gazette médicale de Paris* (3). Nous n'oserions après notre savant confrère refaire un travail qui porte la solide empreinte de son savoir si sûr et si précis en matière de philologie grecque et de critique philosophique, qui laisse malheureusement intact le côté obstétrical de l'œuvre.

Un mot maintenant sur Soranus et sur son œuvre scientifique.

Soranus, fils de Ménandre et de Phébée né à Éphèse, fit ses études à l'école d'Alexandrie, vint à Rome, y pratiqua la médecine sous le règne des empereurs Trajan et Adrien (91-117); il appartient à la secte des méthodiques « methodus inveniendi morborum κοινοτήτας dont il fut une des illustrations.

Grande est son œuvre, qui, d'après Ermerins, ne se composerait pas de moins de quatorze traités :

I. — *Livre des maladies aiguës et chroniques*, qui a été conservé en partie par Cælius Aurelianus, qui dit que son livre est de Soranus. « Cujus hæc sunt quæ latinizanda suscepimus (4). »

(1) In fine Præfat.
(2) Trajecti ad Rhen., 1872.
(3) Année 1869, p. 587, 603. Année 1870, p. 443.
(4) Ed. Ammon. Amst., 1709, p. 75.

Jusqu'à ces derniers temps ce livre a été le seul ouvrage important complet de l'école méthodique. Sur le titre de cette édition, la meilleure suivant Choulant, on lit : « Cæl. Aurel. Libri... soli ex omnium methodicorum scriptorum superstites. »

II. — *Le livre des fièvres* mentionné par Cælius Aurelianus.

III. — *Le Traité d'hygiène* dont il est fait mention dans le *Traité des maladies des femmes*.

IV. — *Livres de chirurgie*, dont on ne connaît ni le titre exact, ni l'étendue, mais dont on pense qu'il reste quelques fragments.

V. — *Des maladies des femmes* qui dans l'édition princeps de Dietz se compose de 126 chapitres, qu'Ermerins a cru devoir réduire à 66.

VI. — *Livres par demandes et par réponses*, abrégés des deux précédents, espèce de manuels ou de catéchismes, ce dernier à l'usage des sages-femmes, peut-être modèle du livre de Moschion. Cælius Aurelianus y renvoie dans le livre des maladies chroniques (1).

VII. — *Quatre livres sur les remèdes*, cités par C. Aurelianus, ce que de nos jours on appellerait « Traité de matière médicale ».

VIII. — *Livre sur la préparation des médicaments*, qu'on appellerait aujourd'hui « Traité de pharmacologie ».

IX. — *Deux livres sur les généralités ou les points communs* de la maladie, dont le deuxième est cité par Cælius Aurelianus dans le livre des maladies chroniques; espèce de traité de pathologie générale conformément à la doctrine des méthodiques, et probablement le premier qui ait été écrit.

X. — *Livre d'étiologie* mentionné par Cælius Aurelianus.

XI. — *Traité de la semence et de la génération* en un ou deux traités, auquel Soranus renvoie souvent.

XII. — *De l'âme*, en quatre livres, dont parle Tertullien. (De Anima, C. 6, 14, 25.)

XIII. — *Livre de nomenclature et d'étymologie*, qui serait bien précieux aujourd'hui.

---

(1) L. V, ch. IV, p. 571, de l'éd. citée.

XIV. — *Biographies médicales*, qui, au témoignage de Suidas, auraient été au nombre de dix.

Il y en a peut-être d'autres encore, mais ceux-ci démontrent que Soranus a écrit sur presque tous les sujets alors connus de l'art de guérir.

Il serait à la fois très utile et bien intéressant de posséder l'*histoire du méthodisme* qui doit servir d'introduction à la traduction de Cælius Aurelianus, qui depuis quelques années est annoncée par M. le Dr Guardia comme *étant en préparation* (1). Que de documents précieux qui dorment dans ses cartons et qui ne demanderaient peut-être que la dernière main pour paraître dignement à la suite de leurs aînés et éclairer une époque bien intéressante et peu connue.

.....pendent opera interrupta.....

Nous faisons des vœux pour l'achèvement de ce travail, qui illuminera une secte remarquable par ses tendances philosophiques et la direction de ses efforts.

Donner au public médical français la traduction du Traité des maladies des femmes de Soranus, avec les commentaires nécessaires à la complète intelligence du texte, serait une œuvre bien séduisante par l'utilité qu'elle pourrait avoir, mais nous ne saurions l'entreprendre; plus modeste est notre but ; Nous ne voulons que détacher de l'œuvre gynécologique de Soranus ce qui se rapporte directement à l'obstétricie, afin de montrer ce qu'était cette branche de notre art au premier siècle, et quels sont les droits de Soranus aux perfections de la version podalique. A cet effet nous n'avons retenu de l'édition d'Ermerins que nous avons suivie et à laquelle nous renvoyons toujours, que quatre chapitres (LXII, LXIII, LXIV, LXV), dans lesquels sont traités l'étiologie, le diagnostic, le traitement de la dystocie, l'embryulcie et l'embryotomie, Mais avant il faut préci-

(1) A la suite de la liste des publications de notre savant confrère, au verso de la 1re page de *la Médecine à travers les siècles*. Paris, chez J.-B. Baillière, 1865.

ser quelques points d'histoire, pour que certains détails importants n'échappent pas à l'attention du lecteur, principalement pour ce qui à trait à l'histoire de la version podalique à laquelle ces documents nous paraissent devoir faire subir une modification importante.

Considérant comme seul normal, comme seul compatible avec la vie de l'enfant et celle de la mère, l'accouchement où l'enfant se présente par la tête, Hippocrate conseille de faire la version sur la tête chaque fois que l'enfant se présente autrement (1). Les moyens pour opérer ce changement et la manière d'extraire le fœtus sont exposés dans le même livre (2) et dans le traité de l'excision du fœtus (3).

Celse a été regardé par tout le monde comme l'auteur de la version sur les pieds pour faire l'extraction de l'enfant mort (4). Des doutes ayant été exprimés par un accoucheur célèbre, le professeur Busch (5), sur la signification réelle de la manœuvre recommandée par Celse, doutes qui ont été accueillis par Isid. Pinoff (6), il nous paraît utile d'examiner de près cette question, et à cet effet de mettre le texte même de Celse sous les yeux du lecteur afin de lui permettre d'apprécier la valeur de l'objection de l'accoucheur de Marburg.

Verum intus emortuo corpori manus injecta protinus habitum ejus sentit : nam in caput aut in pedes conversum est ; aut transversum jacet, fere tamen sic, ut manus ejus vel pes in propinquo sit....	La main introduite reconnaît de suite la présentation de l'enfant mort : car elle a lieu par la tête ou par les pieds ; ou elle est transversale, de telle manière que la main ou le pied se trouvent dans le voisinage.

(1) *Maladies des femmes*, liv. I, éd. Littré, VIII, 147.
(2) *Ibid.*, 143.
(3) *Ibid.*, 513.
(4) Lib. VIII, c. 29.
(5) Gemeins. D. Zeitschr. f. Geburtskunde, III, 581 (1828).
(6) Thèse citée, p. 49. *Janus*, II, 232.

Medici vero propositum est ut eum manu dirigat, vel in caput, vel etiam in pedes, si forte aliter compositus est.	La tâche du médecin est de le diriger avec sa main sur la tête ou sur les pieds, si par hasard il se présente autrement.
Ac si nihil aliud est, manus vel pes apprehensus corpus rectius reddit : nam manus in caput, pes in pedes eum convertit.....	Et s'il n'y a pas d'autre (empêchement), il saisira la main ou le pied pour redresser le corps ; par la main il amène la tête, par le pied les pieds.
In pedes quoque conversus infans non difficulter extrahitur ; quibus apprehensis per ipsas manus commode educitur.	L'enfant se présentant par les pieds est extrait sans difficulté ; ceux-ci sont saisis avec les mains, et l'extraction est aisée.

En lisant ces passages, on verra que l'objection de Busch n'est pas fondée, car bien qu'il soit dit que dans les présentations transversales la main ou un pied se trouvent dans le voisinage de l'orifice, le précepte de faire la version sur les pieds n'est pas subordonné à cette condition, mais celle-ci est indiquée comme favorable à son exécution. Le précepte de changer une présentation transversale en présentation podalique est motivé par la raison que « l'enfant se présentant par les pieds est extrait sans difficulté ; » ce qui est une dérogation formelle et grave à la doctrine hippocratique. Busch nous paraît donc commettre une erreur quand il dit que « le précepte de saisir le pied ne se rapporte qu'au cas où il se trouve dans le voisinage, puisque la version sur la tête est aussi recommandée ». Toutefois cet éminent accoucheur apprécie finalement ainsi la doctrine de Celse : « Il faut bien reconnaître que dissiper l'appréhension inspirée par Hippocrate contre les présentations podaliques, et recommander de saisir un pied dans le voisinage de l'orifice pour amener les deux, constitue un progrès réel dont l'art est redevable à Celse. » Ces réflexions atténuent la rigueur du premier jugement que déplore Brandenburg-Schaeffer dans sa dissertation De Arte obstetricia Aul. C. Celsi (1): « Quod quidem

(1) Gottingue, 1837, p. 45.

« meritum Celso a nuperrimis atque imprimis a Buschio dene-« gari quam maxime lugemus. »

Ici se placerait l'œuvre de Soranus, mais n'anticipons pas sur ce que nous aurons à dire de lui et de ceux qui ont été les échos de sa doctrine, échos de plus en plus affaiblis, et qui finissent même par se perdre presque complètement dans les obscurités du moyen âge, pour ne retentir de nouveau qu'après l'invention de l'imprimerie, si heureuse pour la rénovation des voix de l'antiquité et la diffusion de leurs doctrines.

Ce n'est qu'en 1550 qu'on trouve dans un écrit d'Ambroise Paré (1) le conseil formel « de faire la version sur les pieds des « enfans tant mors que vivans ». Et encore Paré ne revendique-t-il pas la priorité de ce précepte, qu'il donne comme suivi, notamment par les chirurgiens dont il donne quelques noms.

Telle a été jusqu'à ce jour l'histoire de la version podalique, telle qu'elle a été donnée par tous les historiens de l'art : Sue, Osiander, Ed. de Siebold, Kilian, etc., etc.; un seul auteur contemporain, Schröder, la modifie en ces termes : « Sora-« nus (2) suivi par Moschion et Aëtius est le premier qui con-« seille la version podalique l'enfant étant vivant. » Nous aurons dans la suite de ce travail l'occasion de voir ce qu'il y a à la fois de vrai et d'inexact dans cette proposition.

Un mot maintenant sur ce que les bibliographes appellent les *Testimonia* d'un écrivain, c'est-à-dire sur les témoignages des auteurs antérieurs dont il invoque l'autorité ou discute la

(1) Voici le titre exact de cet écrit, dont un exemplaire se trouve à la Bibliothèque mazarine sous le n° 29,707, et dans lequel se trouve le chapitre consacré à la version. « Briève collection de l'administration anatomique, avec la manière de conioindre les os, et d'extraire les enfans tant mors que vivans du ventre de la mère, lorsque nature de soy ne peult venir à son effet, composé par Ambroise Paré, maistre Barbier chyrurgien à Paris.

« A Paris, en la boutique de Guillaume Cauellat, libraire iuré, à l'enseigne de la Poulle grasse devant le collège de Cambray, 1550, avec privilège du Roy. » (Ed. Malg. intr. CCCV, II, 628, 702.)

(2) *Manuel des accouchements*, trad. p. Charpentier, Paris, 1875, p. 304.

rine, et sur ceux qui après lui le citent, discutent à leur tour .octrines, les lui empruntent par fragments ou par abrégés, ıignages qui fixent la date de son existence, permettent ɔrécier l'influence qu'il a subie et celle qu'il a exercée, le ıtissement de son nom et de ses doctrines.

ɔrnant notre étude à l'obstétricie de Soranus, nous n'avons ɜminer que les auteurs qui avant et après lui se sont occu- ɟe cet art.

ien que Soranus ne prononce le nom d'Hippocrate qu'à ıos des remèdes à employer après l'embryulcie et l'embryo- ie, il lui emprunte en partie le procédé opératoire qu'il dé- Il nous paraît évident que c'est par égard pour ce maître ɜré, qu'en blâmant la succussion il ne prononce pas son ı.

'influence de Celse sur la pratique obstétricale est considé- e; le chapitre XXIX du livre VII est admirable; on ne s'aven-) pas en affirmant que sans ce chapitre Soranus n'eût pas .t le sien, ou l'eût écrit autrement; comme les œuvres de ɜe sont entre les mains de tout le monde, nous nous con- tons de renvoyer le lecteur au chapitre XXIX du livre VII ıme à une préparation nécessaire à ce qu'il lira plus bas ır suivre l'évolution de la science au premier siècle. Mais ıment se fait-il que le nom de Celse ne paraisse pas une le fois dans tout le cours du Traité des maladies des femmes mi les quarante et quelques noms cités par lui? Celse ayant u à Rome moins d'un siècle avant Soranus, nous ne pou- ıs nous expliquer ce silence.

.e seul livre sur les maladies des femmes et l'obstétricie que ıtiquité nous avait laissé est celui de Moschion (1), rédigé ' demandes et par réponses, dont nous donnons les chapitres 'respondants à ceux de Soranus.

Soranus parle dans son livre d'un Moschion, et Moschion à

ı) L'Ed. pr., Bâle, 1566, reproduite dans les collections de Wolff, de Bauhin et Spach. Nouvelle édit. par Dewez, Vienne 1793, d'après de nouveaux ma- crits. C'est celle que nous avons suivie.

son tour dit : « A ces causes (de dystocie) Soranus en ajoute en- core d'autres. » Ce texte prouve que le livre auquel renvoie Moschion est bien le Traité de Soranus que nous possédons; il lui est donc antérieur; on ne peut le considérer comme un abrégé du Traité de Soranus, comme celui que cet accoucheur avait fait lui-même à l'usage des sages-femmes : c'est un livre spécial, une œuvre personnelle, comme le dit l'auteur, dans l'avant-dernier chapitre de son livre, qui, jusqu'à la décou- verte du livre de Soranus, a été regardé comme le premier et le seul ouvrage de l'antiquité consacré à ce sujet qui nous ait été conservé.

Galien, si important pour la médecine, la physiologie et l'histoire de l'art, était attaché à la doctrine d'Hippocrate avec la passion d'un sectaire. Voulant faire prévaloir ses doctrines et lutter contre les sectes dissidentes, les méthodiques surtout, il semble ne pas connaître ceux qui, après le père de la méde- cine, ont rendu tant de services à l'obstétricie, tels que Celse, Soranus, Rufus et d'autres nombreux à cette époque, dont les écrits n'étaient pas encore perdus, puisque des auteurs posté- rieurs les mentionnent et leur empruntent des passages. Prati- quant à Rome exclusivement la médecine, il aura sans doute laissé à d'autres la pratique de la chirurgie dont l'obstétricie était une branche.

Malgré ce silence, que ces explications ne peuvent justifier, la pratique de Soranus était connue non seulement des méde- cins mais du public non médical, puisque, comme nous l'avons dit, Tertullien s'élève contre l'embryotomie barbare d'Hippocrate qui tue l'enfant dans le sein de la mère, et demande qu'on adopte la pratique plus humaine, plus douce de Soranus, que saint Augustin appelle ***medicinæ auctor nobilissimus*** (1). Mais on dirait que le médecin d'Ephèse n'a brillé, comme accou- cheur, que semblable à un météore qui n'a laissé qu'un pâle reflet chez ses successeurs, et ceux-ci sont réduits actuelle- ment au nombre de deux : Aëtius et Paul d'Egine, car Oribase

(1) Advers. Julianum, l. V, ch. LI.

onservé dans ses compilations que quelques fragments
untés au *Traité des maladies des femmes*, qui ne se rap-
nt pas directement à l'obstétricie, mais à l'anatomie des
es génitales de la femme.
en que ne formant qu'un ensemble de compilations, les
s d'Aëtius sont importants pour l'histoire de l'art et pour
de l'obstétricie, dont les écrits sont si rares. Né à Amida,
de la Mésopotamie au commencement du VIe siècle, il est
emier auteur chrétien qui ait écrit sur la médecine; il
études à Alexandrie et pratiqué surtout à Byzance. Ses
pilations ont conservé des fragments d'auteurs connus,
ieurs chapitres du Traité de Soranus dont nous nous occu-
, mais ne se rapportant pas directement à l'obstétricie, et
pinions d'auteurs dont les écrits ont été perdus; ils donnent
ableau fidèle de la médecine au VIe siècle; ils contiennent
vres ; le dernier est, en grande partie, consacré aux mala-
des femmes; les chapitre XXII et XXIII se rapportent à
stétricie, nous en donnons la traduction; le chapitre XXIV
délivrance, dont nous ne nous occupons pas. La traduction
latin en a été faite par Montanus et Cornarius, et a été
liée pour la première fois à Bâle, par le célèbre imprimeur
ben auquel la médecine doit tant d'importantes publica-
s (in-folio 1533-35).
aul d'Egine, le dernier écrivain grec dont les écrits sont
venus jusqu'à nous, est né dans l'île d'Egine, étudia à
xandrie et passa la majeure partie de sa vie en Egypte et
s l'Asie-Mineure, où il acquit une grande renommée comme
ucheur parmi les populations arabes, qui créèrent pour lui
om d'*accoucheur* (en arabe alkawâbeli (1), nom qui n'exis-
dans aucune langue; il pratiqua vers la fin du VIIe siècle
aissa un abrégé de médecine (ἐπίτομη) en sept livres, qui est
si une compilation plutôt qu'une œuvre originale.
Dans le troisième livre se trouve un chapitre (le 76e) consacré
dystocie; dans le sixième livre consacré à la chirurgie, le

(1) Trad. de R. Briau. Intr. p. 28.

chapitre LXXIV traite de l'embryulcie et de l'embryotomie. (doit à M. R. Brian la traduction du sixième livre (1).

A l'occasion des écrits d'Aëtius, de Siebold, l'éloquent his rien de l'obstétricie (2), fait les réflexions suivantes qui peuv s'appliquer aux écrits de Paul d'Egine.

« La décadence, commencée depuis longtemps, est démon par le besoin des collections, comme Aëtius nous les don car elles prouvent qu'on ne cherchait plus qu'à conserve qu'on avait acquis ; que l'esprit humain se crampon anxieusement au passé, puisqu'il se sentait impuissant à f des recherches nouvelles, à fonder des doctrines meilleur semblable au naufragé qui s'accroche avec confiance con à un moyen de salut, à une vieille épave, qu'en d'autres te il aurait regardée avec dédain. »

Ce qui montre mieux encore la décadence si poétiquem représentée, c'est la comparaison directe des doctrines m en regard les unes avec les autres, dans les chapitres analog de ces auteurs qui, sauf un fragment de Paul d'Egine, r jamais été traduits en français.

(1) Paris, chez Masson, 1865, in-8, gr. et fr.

(2) Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe, Berlin, 1839-45, I, § p. 213.

TEXTES COMPARÉS

DE

SORANUS

MOSCHION, AETIUS ET PAUL D'ÉGINE.

SORANUS.

LXII. — *Des causes de dystocie.*

265 (1) Diocles Carystius, dans le deuxième livre des maladies des femmes, dit que les primipares et les femmes très jeunes accouchent difficilement; que celles qui ont accouché souvent ont des couches faciles; que les causes de l'accouchement difficile proviennent de la situation non droite de l'orifice utérin, de son induration, de sa résistance à la dilatation; il ajoute que la grosseur de l'enfant peut aussi être une cause de difficulté. Dans le troisième livre, il dit que la faiblesse et la mort de l'en-
266 fant peuvent aussi être cause de difficultés; il ajoute que l'accouchement est aussi difficile chez les femmes humides et chaudes. Il a tort de ne pas s'expliquer sur les causes de ces difficultés. Comment n'est-il pas ridicule d'affirmer qu'une difficulté dans l'accouchement puisse provenir de la substance de l'utérus gravide?

Cléophantes, dans le onzième livre de son Traité des maladies des femmes, après avoir dit que les primipares accouchent difficilement, ajoute que celles qui sont larges des épaules, qui ont le bassin plus solide, accouchent aussi difficilement; que chez celles-ci la poche ne se rompt pas avant que les douleurs n'aient envahi le corps, qu'il en résulte une difficulté dans l'accouchement; il appelle cela hydropisie, nous προρηγμα (rupture); quand le fœtus ne se présente pas par la tête, mais par les pieds; quand il se présente par les fesses plié en double, en travers, la tête dirigée vers les aines; quand il se présente par une main ou un pied, quand sa poitrine;... quand sa vie est menacée, ou qu'il est peu vivace; que le repos est une cause d'accouchement difficile, que l'exercice favorise l'accouchement et la bonne nutrition du fœtus.

---

(1) Les chiffres en marge indiquent les pages de l'édition d'Ermerins.

MOSCHION.

(Ed. Dewez, Vienne, 1793.)

CH. 143. — *De l'accouchement difficile et laborieux.*

Nombreuses sont les causes qui rendent l'accouchement laborieux et difficile. Les unes proviennent de la parturiente, les autres du fœtus. Quelques-uns ont établi une troisième espèce de causes qui proviennent des choses extérieures; une quatrième dite mixte qui comprend celles qui sont produites par l'ensemble des causes ci-dessus indiquées.

CH. 144. — *Quelles sont les causes qui dépendent de la parturiente?*

Si celle-ci s'est mise en colère, si elle est craintive, timide ou primipare. Si elle est trop grêle, trop grasse, trop charnue, si elle est infirme. La difficulté peut provenir particulièrement des parties génitales, de l'inflammation de la matrice, de tumeurs qui pouvent causer un obstacle; si au moment du travail il se produit une hémorrhagie ou une congestion, si un calcul se trouve dans la vessie, des scybales dans le rectum. Toutes ces causes rendent difficile la naissance de l'enfant.

CH. 145. — *Comment la difficulté d'accoucher peut-elle provenir de l'enfant?*

Sans doute quand la tête de l'enfant est très grande, son corps trop volumineux pour la capacité de la matrice. Si

AETIUS

Liv. XVI, ch. 22. Ed. Froben, 1535, III, 125.

Des diverses causes de l'accouchement difficile. D'après Aspasie (1).

Les causes de l'accouchement difficile peuvent être variées. La parturiente peut être faible d'esprit ou de corps, ou faible des deux; avoir la vulve petite, l'ouverture étroite; d'autres peuvent en raison de leur âge être de petite taille et avoir la matrice correspondante aux parties du corps. La difficulté peut provenir de l'obliquité du col de la matrice, de carnosités dans le col ou dans le voisinage de l'orifice, d'inflammations, d'abcès ou d'indurations; de la résistance des membranes qui s'oppose à ce que le fœtus puisse les rompre, de l'écoulement prématuré des eaux, d'un calcul vésical qui comprime le col utérin, du trop grand embonpoint de la femme. Les os pubis trop solidement serrés peuvent rendre l'accouchement difficile en ne leur permettant pas de se relâcher pendant l'accouchement. Chez les femmes les os pubis ne sont pas joints par un contact mutuel comme chez les hommes, mais ils sont unis par de solides ligaments. La difficulté peut provenir de l'excavation des lombes (lordose) qui compriment

(1) Le chap. 18 est attribué à Aspasie; les chap. 19, 20, 21 et 22 ne portent pas d'indication de nom d'auteur. Le ch. 23 est attribué à Philumenos, ce qui fait penser que de 18 à 22 ils sont empruntés à Aspasie.

PAULI ÆGINETÆ

Libri VII. Per Janum Cornarium latina lingua conscripti. Basil., per Joh. Hervagios, 1556.) Lib. III, ch. 76, p. 141.

De l'accouchement difficile.

La difficulté de l'accouchement peut dépendre de la parturiente, du fœtus, des secondines, ou des choses extérieures.

La parturiente peut être trop forte ou trop obèse, avoir la matrice trop petite en totalité, n'avoir pas de contractions, être gonflée, être affectée d'inflammation de la matrice ou d'une autre partie du corps, être malade autrement, être naturellement faible, n'avoir pas la possibilité de faire des efforts; elle peut accoucher prématurément.

Le fœtus peut être trop grand, trop petit ou trop léger; avoir une tête grosse, être monstrueux, avoir deux têtes; il peut être mort, ou s'il est vivant être faible à ne pouvoir sortir; il peut y avoir plusieurs enfants; Hérophile en a vu naître cinq; l'enfant peut être en présentation contre nature. La première présentation naturelle est celle par la tête, les mains étendues le long des cuisses, la tête non inclinée en sortant de la matrice; la seconde est celle par les pieds, non inclinés en dehors. En dehors de celles-ci toutes sont contre nature.

Les secondines peuvent ne pas se rompre à cause de leur épaisseur, ou se rompre trop tôt à cause de leur ténuité; le liquide étant ainsi évacué, le fœtus avance lentement à

267 Il a tort de ne pas décrire toutes les causes de dystocie. Dans son ouvrage sur les accouchements, Hérophile dit que les accouchements difficiles sont fréquents. Simon Magnetus a observé que sur cinq femmes trois accouchent difficilement; que l'accouchement devient difficile quand le fœtus se présente transversalement, quand le col de la matrice et son orifice ne se dilatent pas suffisamment, quand la membrane qui entoure l'enfant, dans laquelle le liquide est contenu, est trop épaisse ou ne se rompt pas avant l'accouchement. Il raconte qu'on a vu des enfants qui sont nés avant que les membranes n'aient été rompues, mais qu'ils sont sortis difficilement; que l'accouchement peut devenir difficile parce que l'utérus ou son orifice sont faibles. Mais il ne peut pas se faire que l'utérus soit affaibli au col; des choses extérieures : accidents, actes, un abondant écoulement d'humeurs sanguinolentes, peuvent rendre l'accouchement difficile; la distension de l'utérus par le fœtus peut rendre l'accouchement lent; le froid, la chaleur, une tumeur ou des abcès dans les intestins ou dans l'hypogastre, l'excavation des lombes ou de l'épine dorsale peuvent être
268 cause d'un accouchement difficile, ainsi que l'embonpoint dans l'abdomen ou dans le bassin, par les pressions qui sont exercées sur la matrice, enfin la mort du fœtus; telles sont les causes énumérées par Hérophile. Andreas, dans le livre adressé à Sobius, qui n'est qu'une lettre, s'accorde avec ce que dit Hérophile: il ajoute à ces causes l'état de résolution et de faiblesse des fœtus, car ceux-ci n'exerçant aucune pression, rendent l'accouchement plus difficile. Herophilus Demetrius combat ces idées. Les causes de l'accouchement difficile, dit-il, se trouvent tantôt chez la parturiente, tantôt chez le fœtus, tantôt dans les parties qu'il doit traverser pour naître. Du côté de la mère, l'accouchement peut devenir difficile par une cause psychique, vitale ou corporelle. La cause psychique peut provenir de la tristesse, de la joie, de la crainte, de la terreur, d'une faiblesse ou d'un manque d'énergie trop considérables. Quelques femmes, amollies par le plaisir, ne font pas d'efforts; l'accouchement ne

MOSCHION.

l'enfant est hydropique, bossu, malade, gonflé ou mort, ou si la présentation n'est pas naturelle.

Ch. 146. — *Comment et de combien de manières se présentent les enfants à leur naissance ?*

Il y a quatre espèces de présentations : par la tête, par les pieds, par le flanc, ou en double ; il y en a de chacune plusieurs variétés. Le fœtus qui se présente par la tête peut être arrêté à l'orifice de l'utérus quand le reste du corps a une autre direction (est tourné ἐστραμμένον). Celui qui se présente ainsi peut appuyer sur l'orifice avec violence, ou s'y appuyer à peine. Il peut avoir une situation oblique qui ne peut être corrigée. Quelquefois une main sort, tandis que la partie du corps qui est dans la matrice a les pieds joints ou écartés. Un autre mode de présentation est celui où les pieds étant dans une direction normale, les mains sont sur les côtés, ou jointes, retroussées en haut, ou les jambes déviées de l'orifice sont repoussées en arrière, ce qui quelquefois retarde la sortie de l'enfant, quelquefois ne la retarde pas. Quelquefois un pied, quelquefois les deux, quelquefois les deux mains sont tournées vers la tête. Quelquefois les pieds écartés l'un de l'autre appuient sur les parties opposées de la matrice. Quelquefois, les jambes étant pliées, l'enfant est forcé de sortir par les genoux. Quelquefois l'enfant se présente par les fesses, comme assis

AËTIUS.

l'utérus. Les matières fécales retenues dans l'intestin ou l'urine retenue dans la vessie peuvent aussi causer un obstacle. Quelques-unes, affaiblies par un âge avancé accouchent difficilement, d'autres accouchant pour la première fois, sont paralysées par la peur, ou ne savent s'aider faute d'expérience. Le fœtus peut être trop gros de tout le corps ou de l'une de ses parties ; souvent c'est la tête, la poitrine ou le ventre qui ont pris un trop grand développement ; il peut y avoir des jumeaux qui veulent sortir ensemble et qui appuient sur le col. Le fœtus peut être mort et ne prêter aucune aide à la parturiente ; il peut s'être tuméfié après sa mort et être en présentation contre nature. La présentation normale est celle où il sort par la tête, les mains appliquées, étendues sur les cuisses. Une présentation contre nature est celle où la tête appuie sur le côté droit ou sur le côté gauche de l'utérus, quand il y a procidence d'une main ou des deux ; quand les cuisses sont écartées l'une de l'autre. Une présentation moins fâcheuse est celle des pieds, surtout si les mains sont étendues le long des cuisses. Les enfants qui se présentent par un pied, l'autre étant retenu, ceux qui s'appuient sur un des points de la vulve ont une mauvaise direction, ainsi que ceux qui ont les mains relevées. Ceux qui se présentent obliquement ont une situation moins défavorable ; ceux-ci peuvent venir de trois manières différentes,

PAUL D'ÉGINE.

cause de la sécheresse des parties.

Les choses externes sont : le froid qui resserre (les tissus), la chaleur trop grande qui amollit les forces ; ou un autre événement qui arrive fortuitement.

peut se faire puisqu'elles ne soutiennent pas et n'aident pas la contraction.

269 De même, quand il existe un manque d'énergie de la volonté, les contractions deviennent moins intenses, comme chez les femmes frappées d'apoplexie ou tombées en léthargie comme chez celles qui croient ne pas être enceintes. Les causes vitales sont: la crudité, un appétit dépravé, la débilité générale, la difficulté de respirer et la suffocation utérine. Les causes corporelles sont: un embonpoint trop considérable qui cause une atonie des organes, un passage trop charnu qui reste étroit; une difficulté provient d'une trop grande abondance d'humeurs qui affaiblissent le corps et rendent les passages étroits. Les humeurs âcres et inertes n'excitent pas le corps, et les humeurs épaisses causent aussi des difficultés.

270 Les unes stimulent trop les efforts (πνευμα), les autres trop peu. Les femmes d'une taille élevée accouchent difficilement; celles qui sont larges en haut sont étroites en bas, ce n'est pas la forme normale du corps. Un état maladif de la substance de l'utérus peut aussi rendre l'accouchement difficile : inflammation, suppuration, excitation, paralysie et torpeur. Ces causes ont été appelées causes corporelles, puisque c'est le corps (de la femme) qui les produit. Les causes qui dépendent du fœtus sont: le volume exagéré de tout ou d'une partie du corps, une tête trop grosse, la tuméfaction de la poitrine ou de l'abdomen. Les enfants bien conformés peuvent être trop gros, les enfants peuvent aussi être mal conformés. Le nombre des enfants renfermés dans le sein de la mère peut aussi causer un accouchement difficile; ils peuvent être deux et même trois; deux peuvent se présenter à la fois et s'engager ensemble dans l'orifice utérin. L'enfant peut être mort et ne pas aider au travail (1).

271 Après sa mort, il peut s'être gonflé. L'enfant peut aussi être dans une présentation contre nature (2). La présentation nor-

---

(1) Cette erreur n'a été dissipée que par A. Petit. Voy. *Traité des maladies des femmes enceintes*, etc. Paris, an VII, t. I, p. 276.

(2) Παρα φυσινσχηματισθαι. Comme ce verbe se présentera souvent dans

MOSCHION.

et plié en double. Quelquefois il vient en double d'une autre manière : les pieds se présentant avec la tête à l'orifice de la matrice ; d'autres fois le fœtus est situé obliquement, il appuie sur un des côté de la matrice ; quelquefois il est couché sur le dos ou sur les dents (prés. de la face?); c'est ainsi qu'il peut être en double et en danger.

CH. 147. — *Des présentations ci-dessus, quelles sont celles qui sont désirables, qui sont naturelles?*

Celles où il se présente par la tête, où la tête se trouve de suite dans l'orifice, où les mains sont appliquées sur les parties latérales (du tronc).

CH. 148. — *Quelles sont les présentations qui se rapprochent le plus des présentations normales?*

Celle où le fœtus se présentant par les pieds, les mains sont appliquées sur les côtés. La sage-femme ne devra pas se presser de l'extraire (1) ; mais quand il aura commencé à progresser, elle introduira sa main pour attirer les (mains de l'enfant), pour les amener afin que les bras ne se relèvent pas et n'adhèrent pas dans la matrice. Mais à ces présentations celle par la tête est préférable.

(1) Précieux conseil.

AËTIUS.

inclinés sur un des flancs ou sur le ventre. L'inclinaison sur un des côtés est plus favorable, car l'accoucheur a plus de place pour sa main pour le tourner sur la tête ou sur les pieds. Ceux qui sont pliés en double sont en la plus mauvaise présentation, surtout s'ils sont pliés dans les lombes. Ils peuvent être en double de trois manières : la tête et les jambes peuvent appuyer ensemble sur l'orifice ; ou bien c'est le ventre ou les lombes. S'il s'appuie par le ventre c'est plus facile, la paroi est ouverte, les viscères sont enlevés ; le corps s'affaisse et le changement de la direction du corps est plus facile (à opérer).

Les causes extérieures qui peuvent rendre l'accouchement difficile sont : la saison froide de l'hiver qui resserre les orifices, ou la trop grande chaleur qui relâche (les tissus).

PAUL D'ÉGINE.

male est celle par la tête, les mains étendues le long des cuisses et l'enfant sortant directement. Une présentation anormale est celle où la tête est inclinée vers le côté droit ou le côté gauche de l'utérus et s'y appuie, quand une main ou les deux sont prolabées et que les cuisses sont écartées l'une de l'autre. De ces présentations la moins défavorable est celle par les pieds, surtout si l'enfant s'avance directement les mains étendues le long des cuisses. Si une des extrémités inférieures est sortie quand l'autre est encore dans la matrice, ou si le fœtus est en double et appuie contre un point de la matrice, il faut le remettre en une direction droite et faire de même si les deux mains sont relevées en haut. Des deux autres présentations, la préférable est la transversale qui peut se faire de trois manières : par le côté droit, le côté gauche, ou le ventre ; la meilleure est celle où le fœtus se présente par un des flancs, car elle donne à la main de l'accoucheur le plus de place pour faire la version sur la tête ou sur les pieds.

272 Ceux qui se présentent en double ont une très mauvaise présentation ; la plus mauvaise est celle où ils se présentent par les fesses. Les enfants pliés en double peuvent se présenter de trois manières : par la tête et les jambes, l'hypogastre, les fesses. Quand l'abdomen de l'enfant est près de l'orifice, cela est avantageux car quand il est incisé et les intestins retirés, le corps

---

texte, il nous paraît nécessaire de dire pourquoi, dans la traduction, nous avons préféré le mot de *présentation* à celui de *position*. Dans une note que nous avons demandée à notre savant confrère et ami, M. le D[r] Guardia, nous trouvons ce qui suit : Le thème σχηματ signifie proprement : manière d'être, de se tenir, figure, position, attitude ; il a donné le thème nominal σχηματισμος et le thème verbal σχηματιζω Or, l'auteur nous paraît avoir voulu exprimer non l'attitude absolue, mais celle par rapport à l'ouverture pelvienne, c'est-à-dire le mode de *présentation* qui commande le mode suivant lequel l'enfant traversera les voies génitales ; dans la pensée de l'auteur, il ne peut avoir été question de ce qu'aujourd'hui on appelle *position*, qui exprime le rapport plus précis qui existe entre un point déterminé d'une région fœtale et le cercle pelvien : présentation crânienne en position occipito-iliaque gauche ; l'un genre, l'autre espèce.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.
CH. 149. — *Quelles sont les causes extérieures de l'accouchement difficile ?* Souvent c'est un froid intense, une chaleur trop grande, ou une profonde misère. CH. 150. — *Comment le chorion peut-il empêcher l'accouchement ?* Par la lenteur avec laquelle il se détache du fond de l'utérus, par les adhérences qui rendent son expulsion difficile; son peu de résistance qui lui permet de se rompre avant son temps et de laisser écouler le liquide qu'il renferme, qui était préparé pour lubrifier les parties pendant le passage de l'enfant. CH. 151. — *Quelles sont les causes autres que celles décrites (ci-dessus) qui peuvent empêcher l'accouchement ?* La faiblesse de l'enfant qui l'empêche de coopérer aux efforts de la parturiente ; la mort de l'enfant, la petitesse de sa tête qui ne lui permet pas de dilater l'orifice, ni à la sage-femme de la saisir facilement. Telles sont les causes de l'accouchement difficile que moi, Moschion et d'autres avons fixées ; mais Soranus en a ajouté d'autres ; il a dit que l'accouchement pouvait être empêché par le resserrement et la sécheresse des parties, par... par l'abondance des humeurs par la faiblesse causée par une perte de sang de la parturiente; il a parlé de		

s'affaisse et la version se fait facilement. Une monstruosité peut aussi être cause de difficultés, ainsi que la dénudation des os qui peuvent blesser l'utérus; la dénudation des os peut être le résultat de la putréfaction, qui arrive rarement. Mais souvent l'opérateur peut dans le moment de l'extraction dénuder par maladresse les os qui blessent la matrice. Les voies que l'enfant doit traverser peuvent causer des difficultés par l'étroitesse de l'orifice ou du col (1). Les femmes qui en raison de leur âge n'ont pas encore atteint leur complet développement peuvent avoir la matrice petite comme le reste de leur corps.

273 Plusieurs causes peuvent faire que l'utérus ait l'orifice étroit, le col petit; elles peuvent avoir conçu et accoucher avant que l'utérus n'ait acquis son volume complet, sa cavité l'ampleur normale. Cela peut être le résultat d'une disposition ou d'une constitution particulière. Quelques-unes ont naturellement la matrice petite, comme d'autres femmes ont petites certaines autres parties du corps. L'accouchement peut être rendu difficile par l'obliquité du col, une excroissance de chair sur cette partie ; l'orifice peut avoir été altéré par l'inflammation, des suppurations ou des indurations. Les membranes trop résistantes peuvent ne pas se laisser rompre par le fœtus, ou elles peuvent se déchirer trop tôt, laisser écouler le liquide qu'elles renferment, et qui est destiné à lubrifier les voies pour rendre plus facile le passage du fœtus. Une autre cause de dystocie peut résulter d'une conception tardive après un long veuvage, une faiblesse causée par un âge avancé.

274 D'autres accouchant pour la première fois, n'ayant aucune expérience de la douleur, ne savent y faire coopérer leur corps. Tout cela sont des causes de dystocie. Les matières fécales et les urines accumulées peuvent devenir cause de gêne, un calcul vésical peut exercer une compression sur la matrice et retarder l'accouchement. Les membranes peuvent être difficiles à

(1) Le col est le canal vaginal. Voy. *Descript. des org. génitaux*. Sor., cap. III, reproduite par Oribase, t. III, 369., éd. Bussemaker et Daremberg, et Moschion, ch. VI, etc.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.
l occlusion de l'orifice par des thrombus sanguins, des imperforations, des écoulements, des hémorrhagies et autres (accidents) semblables, par la mort du fœtus, sa situation oblique ou contre nature, par la procidence des mains ou des pieds, le nombre (trop considérable) des enfants, quatre ou cinq.		

déchirer, ne pas contenir assez de liquide pour lubrifier les parties. Les os du pubis peuvent être soudés entre eux et ne pas se disjoindre pendant l'accouchement, car chez les femmes les os pubis ne sont pas unis par emboitement ἁρμονίαν comme chez les hommes, mais simplement par un ligament solide (1). Les lombes peuvent être trop creusées, d'où il résulte que l'utérus peut s'incliner d'un côté ou de l'autre. Il y a encore des causes internes et des causes externes de dystocie. La parturiente peut être trop charnue, trop grasse. Comme choses externes nous mentionnerons l'exercice que la femme trop faible n'aura pas pris, l'ivrognerie, les veilles habituellement prolongées. Le froid de l'hiver peut avoir été excessif et avoir rendu les voies plus denses. La chaleur peut avoir été trop forte et énervante.

Il faut ajouter à toutes ces causes d'accouchement difficile l'impéritie de la sage-femme ou du médecin. Enfin il peut arriver qu'en raison des douleurs de l'accouchement ou du développement de la matrice, les membranes ayant été distendues se rompent, ou bien qu'elles compriment une partie de la matrice. Que le sang ne passe plus de l'utérus aux membranes, mais
275 reste dans ses veines et ses artères qu'il distend. Il peut aussi, comme nous l'avons dit, survenir une douleur autre qui rend l'accouchement difficile, cette douleur est quelquefois accom-

---

(1) Celse avait indiqué une autre différence entre le bassin de l'homme et celui de la femme, différence réelle et non supposée, qui paraît avoir passé inaperçue, alors cependant qu'elle eût dû faire naître de sérieuses réflexions et exciter de fructueuses recherches. Elle se trouve dans le premier chapitre du livre VIII, consacré à la description des os du squelette. En parlant des os coxaux il dit : « A quibus oritur os quod pectinem vocant... rectius in viris, re« curvatum magis in exteriora in feminis, ne partum prohibeant. »

C'est au grand anatomiste de la Renaissance, à André Vesale (1514-1564, son *Anatomie* en 1543), qu'appartient le mérite d'avoir montré que les os du bassin sont unis entre eux chez l'homme de la même manière que chez la femme, mais que le bassin de celle-ci diffère de celui de l'homme par la proportion de ses cavités qui permettent le passage de l'enfant à terme. L'erreur anatomique des anciens fit négliger pendant des siècles l'étude du bassin considéré comme cause de dystocie.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

pagnée d'efforts, μετὰ πνεύματος, quelquefois elle excite des efforts dans la douleur pour la parturition. Lorsqu'il (Hérophile) exposa les causes de dystocie, il ne se trouva personne pour lui faire des objections ou pour le contredire, mais on a confirmé ses opinions et on a invoqué son témoignage comme ayant dit vrai ; nous avons cependant le droit de faire sur ce point un reproche à ses disciples, puisque dans notre *Traité des maladies* nous avons dit que les causes dynamiques étaient hypothétiques ; du reste, ils ne sont pas d'accord là-dessus entre-eux.

LXIII. — *Diagnostic des causes de dystocie.*

276 Des causes de dystocie dont il a été parlé, les unes sont reconnues par elles-mêmes, les autres non. La tristesse immodérée et les autres causes psychiques sont découvertes par l'interrogation ; loin de favoriser l'accouchement, elles le rendent plus lent ou le retardent. Le sommeil ou la léthargie se reconnaissent facilement ; au reste les signes de ces maladies ont été exposés en leur place dans le livre des maladies aiguës.

La grosseur exagérée du fœtus qui peut rendre difficile l'accouchement se reconnaît au volume du ventre. Quand l'enfant sort et que le ventre ne s'affaisse pas proportionnellement, on peut présumer qu'il y en a plusieurs. C'est par le toucher (l'introduction des doigts) (δακτύλων) qu'on reconnaît une présentation transversale, la procidence des mains ou une autre présen-
277 tation contre nature. Si l'enfant est vivant, il ressent les douleurs de l'accouchement et y coopère par ses efforts... on le trouve chaud... l'anus... (fermé ?) et on lui voit une bonne couleur. S'il est mort, la femme ressent des douleurs moins vives, son hypogastre devient froid, le doigt explorateur ne sent le fœtus ni chaud ni résistant. Si une partie fœtale sort, elle est noire, de couleur cadavéreuse. On reconnaît les contractions de la matrice par le tact ; nous renvoyons aux signes que nous avons donnés des maladies de cet organe. Si la femme est malade pendant le travail, nous reconnaissons le danger de sa si-

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

tuation par le pouls, et la respiration; si elle est mourante par l'absence du pouls et les signes (précurseurs) de la mort.

LXIV. — *Traitement de la dystocie.*

Appelé pour un accouchement difficile, le médecin devra interroger la sage-femme sur la nature des résistances, de la
278 constriction des parties que le fœtus doit traverser, afin de savoir si elles sont causées par le froid ou la chaleur, la dureté du corps, l'excavation des lombes, une conception prématurée, la petitesse de l'utérus, une abondance de la graisse, une tumeur exerçant une compression, la tristesse ou la crainte de la parturiente, une obliquité du col, une inflammation ou une secheresse de cette partie, ou toute autre cause...

Il devra diminuer d'abord la sensibilité, pour obtenir le relâchement, et ne pas mettre de suite la main à une œuvre chirurgicale, ni permettre à la sage-femme de tirailler longtemps la matrice. Si la difficulté provient de l'excavation des lombes, il faudra placer la parturiente sur les genoux pour que l'utérus se dirigeant vers l'hypogastre prenne une position meilleure; on mettra dans la même position les femmes grasses et charnues. Si l'orifice de l'utérus reste fermé, il faut le ramollir et le relâcher moyennant des corps gras, faire des injections continues avec de l'huile douce chaude, avec une décoction de fœnu grec, de mauves ou de graine de lin, ou aussi avec du blanc d'œuf.

279 On obtient ainsi le relâchement des résistances; le fœtus qui n'avance que difficilement est humecté et lubrifié. On appliquera aussi sur le pubis, l'hypogastre et les lombes des cataplasmes de graine de lin ou de fœnu grec avec de l'huile et de l'eau; on fera asseoir la parturiente sur des corps gras, on fera des fomentations maintenues par des éponges, pour que le corps gras reste et ne soit pas essuyé par les linges. A celles qui sont déjà dans les maux on appliquera une vessie remplie d'huile chaude ou un petit sac contenant (une pâte de) cataplasme chaud fait avec de la farine. Si cela n'aide pas, on met-

MOSCHION.

Ch. 132. — *Quel traitement faut-il employer, pendant le travail, chez celles qui accouchent lentement ou difficilement?*

Il en est qui sont empêchées par le resserrement et l'étroitesse causée par la sécheresse et l'inflammation; d'autres qui souffrent d'un froid violent, de la dureté du corps du fœtus, du resserrement trop grand de l'utérus, comme cela arrive après un temps long, que ce soit causé par l'obésité, la crainte ou la colère.

AËTIUS.

Traitement des dystocies.

Le médecin dovra prendre au sujet de la parturiente tous les renseignements auprès de la sage-femme ; ne pas procéder hâtivement à une opération manuelle et ne pas permettre à la sage-femme de tirailler longtemps la matrice.

Si la difficulté dépend de la courbure des lombes il fera mettre la parturiente sur les genoux fléchis pour que, la vulve étant située au sommet, les voies s'accommodent plus directement. On fera coucher de même les femmes grasses et fortes. Si l'orifice utérin reste fermé, on le relâchera moyennant des substances grasses et émollientes. Si c'est un calcul qui met obstacle, on le repoussera moyennant une soude ; si la vessie est pleine d'urine on l'évacuera avec le cathéter Si le rectum est rempli de matières fécales, on le videra moyennant un lavement; si c'est une inflammation, un ulcère, une tumeur, une dureté, ou quelque chose de semblable qui mettent obstacle, comme cela arrive aux femmes non perforées (ayant l'hymen intact), l'obstacle quel qu'il soit sera enlevé. Si les membranes que le fœtus doit rompre sont trop résistantes, on les incisera. Si le liquide contenu dans les membranes s'est écoulé prématurément, de façon à ce que le passage soit devenu sec, on injectera du blanc d'œuf, un liquide fait avec une décoction de mauves, de fœnu grec filtré, ou une autre décoction mucila-

PAUL D'ÉGINE.

Traitement des dystocies.

Si un resserrement ou une obturation est cause de la difficulté d'accoucher, nous devrons relâcher les parties par des injections fréquentes d'huile tiède ou de décoctions de fœnu grec, de mauve, de graines de lin, ou d'œuf; on appliquera sur le pubis, sur le ventre et sur les lombes des cataplasmes faits avec de la semence de lin et de l'eau ou avec de l'eau et de l'huile mélangée, et autres remèdes semblables. On administrera des bains, des lavements, si la fièvre ou une autre cause n'y met obstacle. On portera la parturiente sur un lit dans un air tiède. Quelques-uns ont employé des succussions et des sternutatoires. Celles qui sont craintives seront encouragées. A celles qui n'ont pas encore d'expérience on apprendra à faire d'énergiques efforts. On fera des pressions sur les flancs; à celles qui ont des défaillances on fera respirer des odeurs non rebutantes, mais fortifiantes. On les reconfortera avec une nourriture légère ; celles qui sont obèses se coucheront sur leur lit inclinées en avant, à genoux, de la sorte l'utérus prendra sa direction normale. On oindra avec les doigts l'orifice utérin et on l'élargira doucement ; si dans les parties il y a quelque lésion, on y remédiera ; le rectum sera vidé moyennant des lavements émollients ; l'ouverture des membranes sera élargie avec le doigt ou avec l'instrument tranchant qui sera introduit caché par les doigts

tra en mouvement le lit de la femme, on le placera dans une
(atmosphère) médiocrement chaude, la tête un peu élevée, car
le mouvement excite à pousser. Quelques-uns (1) ont fait usage
de succussions énergiques; d'autres, soulevant les pieds du lit
du côté de la tête, la parturiente ayant été attachée par la poi-
trine au bas du lit, commandent aux femmes qui assistent de
soulever le lit du côté des pieds et de le laisser retomber sur le
sol; d'autres conseillent l'échelle; d'autres font monter un esca-
281 lier à la parturiente pour l'en faire descendre aussitôt; d'autres,
appliquant à la parturiente les mains sur le dos et sous les ais-
selles, la soulèvent et la secouent fortement. Toutes ces secousses
sont blâmables, car, quand l'utérus est blessé, il cause des lé-
sions sympathiques dans les autres parties du corps.

Il faut donc faire usage des moyens qui ont été décrits plus
haut, remonter le moral de la femme pour qu'elle ait bon cou-
rage et soit sans crainte. A celles qui accouchent pour la pre-
mière fois il faut apprendre à retenir l'haleine, faire des pres-
sions sur les hypochondres. Celles qui sont faibles seront
réconfortées par des aliments doux, tels que du pain trempé
dans du bouillon, des concombres mûres, des pommes (cuites)
et autres aliments analogues. Celle qui aura été débilitée par
de longues souffrances devra être réconfortée par une nourri-
ture simple et peu abondante, car si on en donnait beaucoup
on pourrait craindre que la digestion en fût troublée. Ces
choses étant faites, si les parties sont relâchées par les émol-
lients et les corps gras, il faut les ouvrir, redresser le col uté-
rin s'il est oblique, éloigner les tumeurs qui sont un obstacle,
après les avoir enduites de graisse. Si rien ne cède, il faut en-
lever avec l'instrument tranchant l'obstacle, que ce soit une
verrue, un condylome, un diaphragme, une excroissance char-
nue ou toute autre. Si ce sont les matières fécales qui, par leur
volume et consistance causent un obstacle, il faut administrer
un lavement avec un mélange d'huile et d'eau; si c'est l'urine
retenue dans la vessie, on l'évacuera moyennant le cathéter;

(1) Allusion discrète à la succussion hippocratique.

MOSCHION.

AËTIUS.

gineuse tiède. Si c'est la petitesse de la vulve qui est la cause de l'obstacle, on oindra les parties avec un corps gras, on les chauffera, on dilatera l'orifice avec les doigts, et le fœtus sera extrait en employant la force. S'il ne cède pas, on le morcellera, on agira encore ainsi si le volume du fœtus est trop grand, ou s'il est mort. S'il a succombé, on le verra par sa température plus froide, l'absence de tout mouvement. Si deux ou trois enfants se présentent à l'orifice, on les repoussera vers le fond de l'utérus, et on saisira celui qui est le plus près de l'orifice pour l'extraire d'abord. Si l'obstacle vient du trop grand volume de la tête, de la poitrine ou du ventre, il est absolument nécessaire de morceler le fœtus.

PAUL D'ÉGINE.

de la main gauche; moyennant une scringue on injectera un corps gras dans la cavité de l'utérus (du vagin).

Si la présentation du fœtus est contre nature, on le mettra en présentation normale, soit en le repoussant, soit en le déviant, en le fléchissant ou en le dirigeant; et s'il y a procidence d'une main ou d'un pied, on ne l'extraira pas par ces parties, il s'enclaverait davantage, on pourrait arracher le membre ou rompre l'enfant. Après avoir fait une injection on repoussera le fœtus, avec les doigts appliqués à l'aisselle ou sur le siège, on remettra la partie prolabée à sa place natur lle. Si le fœtus tout entier obstrue les voies, il faut d'abord l'éloigner de l'orifice en le repoussaut en haut, le saisir pour le ramener sur l'orifice. Si plusieurs enfants se présentent à la fois, ils seront repoussés et dirigés l'un après l'autre. Toutes ces opérations doivent se faire avec lenteur et douceur sans exercer de violences, en tenant les parties toujours huilées.

Il sera temps de mettre la parturiente sur le fauteuil quand l'ouverture de l'utérus aura été constatée par le toucher, et que la sortie de l'enfant est imminente. Si le fœtus est mort, ou s'il y a une autre cause d'empêchement, il faudra procéder à l'extraction de l'enfant.

si c'est un calcul vésical, on le repoussera du col dans le fond de la vessie moyennant la sonde. Si les membranes trop résistantes ne s'ouvrent pas, il faudra les inciser avec une lancette qu'on introduira, protégée par le doigt. Si le liquide amniotique s'est écoulé prématurément, on injectera dans les parties génitales un liquide gras moyennant la seringue (1). Au fœtus qui est dans une présentation contre nature, il faut rendre une présentation naturelle. S'il se présente par la tête avec déviation du corps, introduire la main gauche enduite d'un corps gras, les ongles étant rognés de peur de blesser en étendant les doigts, lesquels seront réunis aux extrémités, de manière à
282 présenter un cône tronqué, afin d'éviter toute écorchure : on introduira la main au moment où l'orifice de l'utérus se dilate naturellement, car s'il se fermait en se contractant, l'introduction ne pourrait se faire qu'avec un violent effort; le fœtus étant saisi, on le ramène dans la direction de l'orifice utérin en favorisant ce déplacement par une position convenable donnée à la femme ; ainsi il faut la coucher dans une position inverse de celle du fœtus; sur le côté droit si celui-ci incline à gauche, sur le côté gauche, s'il incline à droite. Elle sera couchée sur le dos dans une position inclinée (vers la tête), si le fœtus est incliné en avant du côté de l'hypogastre ; elle sera couchée sur le ventre, les genoux fléchis, si le fœtus est incliné en arrière vers les lombes. Lorsque le fœtus se trouve engagé étant dans une position oblique, il faut tout d'abord le repousser, le soulever pour l'éloigner de l'orifice, pour lui rendre la direction normale. Si une main se présente, gardez-vous de la saisir et de l'attirer, car l'enclavement deviendrait plus fort (2), la tête se porterait en haut et de côté, il pourrait se produire
283 une luxation et l'arrachement de l'épaule. Du bout des doigts déployés repoussez le fœtus en haut vers le fond (3), et dirigez en-

(1) M. Guardia a bien voulu faire la traduction de cette partie importante du chapitre ; nous l'en remercions vivement.

(2) Μᾶλλον γὰρ ἐπισφηνοῦνται.

(3) Paré recommande aussi de doulcement le repousser contre monts et

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

suite le bras en repliant le coude, puis étendez la main sur le côté (du corps) et sur la cuisse, et vous pratiquerez l'accouchement sans difficulté. Dans le cas où les deux mains se présentent, appliquez le bout des doigts étendus aux deux épaules du fœtus, ramenez-les en haut, repoussez les bras, fléchissez les coudes sur les côtés (du corps), appliquez les mains sur les cuisses, en prenant la tête, tirez doucement. Si le fœtus ayant la tête petite présente les deux mains, redressez cette petite tête et tirez en saisissant ensemble les deux mains, le peu de volume de la tête peut faire qu'il n'y ait pas d'enclavement. Si se présentant par les pieds le fœtus est incliné d'un côté quelconque, il faut le ramener dans la bonne direction, à peu près comme quand la tête se présente. Quand c'est un seul pied qui se présente, il ne faut pas le saisir et l'attirer ; en effet, l'autre pied étant replié, le fœtus s'enclaverait davantage. Dans ce cas il
284 faut appliquer l'extrémité des doigts sur la région périnéale, repousser le fœtus vers le fond de la matrice, puis introduire la main, étendre la jambe fléchie parallèlement à l'autre. Si les deux pieds se présentent, l'une des mains étant repliée (en haut) ou même les deux, il faut encore de la même manière repousser le fœtus et arranger les bras (les mettre dans la position normale, c'est-à-dire les bras étendus le long des cuisses). Si les pieds sont écartés (l'un de l'autre) et appuient sur deux points éloignés de l'orifice de la matrice, il faut les joindre et les placer dans la direction de l'orifice de l'utérus. Si les genoux se présentent, il faut repousser en haut le fœtus, étendre les jambes et le retirer par les pieds. S'il se présente par les fesses, il faut repousser le fœtus, lui étendre les jambes, placer ses mains le long des cuisses et le retirer par les pieds. Si la présen-

---

chercher les pieds (II, 628, Ed. Malg.). Levret donne le même conseil (Art. des acc., § 756). Deutsch recommande d'imprimer au corps fœtal une rotation sur son axe longitudinal, ce qui rend le mouvement d'élévation plus facile et amène en arrière la partie à saisir (Dissert. Dorpat, 1826). Cette double manœuvre a été appelée par Kilian « Procédé Levret-Deutsch » (Op. Geb., 371, 373).

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

tation est transversale, le fœtus couché sur le ventre ou sur le dos, il faut avec les doigts le tourner doucement sur le flanc pour faire place à la main qui doit être introduite. Dans le cas où il se présente par le flanc, il faut introduire doucement la main et faire la version (le retourner sens dessus dessous). Si la présentation transversale n'est pas symétrique (c'est-à-dire si une extrémité fœtale est plus près de l'orifice que l'autre) il faut saisir
285 sir la partie repliée en haut de préférence aux pieds; l'accouchement par la tête est préférable, les parties les plus larges passant d'abord, si les bras ne sont pas pliés (en haut). Si le fœtus est plié en deux et si la courbure se trouve en haut, les extrémités (du corps fœtal) exactement à la même hauteur, l'ayant soulevé, nous le déployons par les jambes. Si la courbure est inégale, il faut d'abord tourner le fœtus en ramenant la courbure vers le fond de l'utérus, puis on développe le fœtus comme il a été dit. Si plus d'un fœtus se présente en même temps, il faut les repousser dans le fond de la matrice et les retirer un à un. Toutes ces opérations devront être exécutées avec douceur, sans produire de contusion, en ayant soin de maintenir huilées les parties, afin que la parturiente soit préservée de toute blessure et que l'enfant reste en vie. En procédant ainsi nous avons amené vivants un grand nombre d'enfants dont la naissance avait été entravée par ces difficultés. Si l'enfant ne cède pas aux tractions manuelles, soit parce qu'il est trop volumineux, soit parce qu'il est mort ou enclavé, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques : à l'extraction moyennant les crochets (embryulcie) ou à l'embryotomie.

286 Si l'enfant peut être sacrifié il est nécessaire que la mère soit sauvée. C'est pourquoi il faut qu'on soit prévenu du danger qui peut survenir, quand la fièvre est imminente, quand les sympathies nerveuses s'éveillent, quand l'inflammation devient plus violente ; il faut surtout montrer le peu d'espoir qu'on doit conserver quand la gangrène se déclare, quand la faiblesse est générale, la sueur profuse, le pouls éteint, la fièvre violente, quand il y a du délire et des convulsions. Malgré tout, il ne faut pas abandonner la parturiente.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

LXV. — *De l'embryulcie et de l'embryotomie.*

Il faut commencer par donner à la femme deux ou trois morceaux de pain trempés dans du vin pour (éviter) une défaillance, et pendant qu'on agira, arroser le visage avec du vin. La parturiente sera couchée dans une position un peu déclive sur un
287 lit dur, pour que le bassin ne s'affaisse pas. Les cuisses étant écartées l'une de l'autre, les jambes attirées vers l'hypogastre, les pieds seront appuyés sur les traverses du lit et maintenus par des aides placés de chaque côté. Si on n'a pas l'aide de femmes robustes et exercées, on assujettira le thorax au lit moyennant des bandes, pour que les tractions exercées sur le corps de l'enfant n'entraînent pas celui de la parturiente. L'accoucheur se placera devant les parties génitales de la femme, sur un siège un peu plus bas, afin que ses mains soient à la hauteur des pieds de la parturiente. Les lèvres ayant été écartées l'une de l'autre par les assistantes, la main gauche qui est plus grêle que la droite, et qui agit plus facilement, sera introduite doucement, les doigts réunis en forme de cône et soigneusement enduits d'un corps gras, à travers l'orifice de la matrice; si l'orifice n'est pas ouvert, on n'y exercera de pressions qu'après avoir injecté de l'huile pour le relâcher. On essayera de diriger le crochet vers une partie inclinée, pour le fixer sur un point d'où il ne s'échappera pas facilement.

288 Les régions favorables de la tête sont : les yeux, l'occiput, la bouche, le palais, les clavicules et les régions costales; les aisselles conviennent moins, car pendant les tractions, les bras, en s'écartant, augmentent le volume de l'enfant et le font enclaver. Les ouvertures des oreilles étant courbes et étroites n'admettent pas facilement le crochet. Aux enfants se présentant par les pieds il faut implanter le crochet au-dessus du pubis, dans les espaces intercostaux et sur la clavicule à son articulation avec le sternum; si on ne trouve aucune de ces régions,

MOSCHION.

Le livre de Moschion ayant été écrit pour les sages-femmes l'embryulcie et l'embryotomie n'y sont pas décrites, parce qu'elles ne devaient être pratiquées que par des chirurgiens.

AËTIUS.

Liv. XVI, chap. 23, III, 127, Ed. Frob.

De l'extraction du fœtus et de l'embryotomie, d'après *Philumenos*.

Avant de procéder à ces opérations, le médecin devra s'assurer si la femme a de la fièvre ou non, si elle est en état de supporter cette opération, ou si elle est trop faible. Celles qui sont en danger de mort sont atteintes d'un sommeil léthargique, ont de la fièvre et sont presque sans parole. Appelées à haute voix, elles répondent à peine par un léger murmure et retombent dans leur sommeil. Quelques-unes ont des secousses convulsives, des tremblements; leur pouls est très fréquent, très faible, à peine perceptible. Celles qui ont la chance de guérir, ne présentent rien de semblable.

La parturiente sera couchée étendue sur un lit, la tête basse, les cuisses relevées et écartées l'une de l'autre, les jambes fléchies seront maintenues des deux côtés par des femmes exercées et robustes. On donnera à la parturiente quelques tranches de pain trempées dans du vin pour la réconforter. On aspergera aussi le visage avec le même liquide. Avant d'agir, le chirurgien recherchera la cause de l'obstacle, en examinant la femme avec le dioptre (1). On s'assurera

(1) Dans le chapitre 119 de l'édition de Soranus de Diets, qui correspond au ch. 57 de l'éd. d'Ermerins « περὶ οἰδήματος υστέρας », on lit « οδε χειρουργός δια

PAUL D'ÉGINE.

De l'extraction du fœtus et de l'embryotomie.

Liv. VI, ch. 74, (p. 238) (Trad. de R. Brian, p. 301).

Nous avons décrit dans le livre III les soins à donner aux femmes qui ont des couches difficiles. Mais si par ces moyens le travail de l'accouchement ne s'améliore pas, nous avons naturellement recours à la chirurgie. Avant d'en venir là, on doit considérer si la femme a des chances en sa faveur ou non; et si elle peut être sauvée, alors nous employons la main, sinon nous nous abstenons d'opérer. Or, celles qui sont dans des conditions funestes tombent dans la léthargie, dans des défaillances, et sont difficiles à rappeler à elles-mêmes; et lorsqu'elles sont ranimées par des cris, après avoir faiblement répondu, elles s'assoupissent de nouveau. Quelques-unes ont des convulsions, ou agitent leurs nerfs, ou tombent dans l'abattement; on sent le pouls fortement gonflé, mais languissant et faible. Celles au contraire, qui peuvent être sauvées, n'éprouvent rien de semblable.

La femme étant donc couchée à la renverse sur un lit et pendante sur le bord, des femmes ou des servantes contiennent de chaque côté les jambes élevées; et s'il ne s'en trouve pas présentes, on attache au lit par quelques liens le thorax de la malade, afin que le corps n'obéisse pas aux efforts de traction de manière à paralyser la force de cette traction. Ensuite on fait

on fait une incision moyennant un scalpel et on prépare sa prise; celui-ci après avoir été chauffé et huilé sera introduit doucement, protégé par la main gauche, dont les doigts sont fléchis, jusqu'à ce qu'il parvienne à un espace vide. On introduira un autre crochet du côté opposé au premier, pour que la traction devienne égale et ne soit pas déviée d'un côté, ce qui produirait l'enclavement de l'enfant. Les crochets seront confiés à un aide exercé auquel on recommandera de faire des tractions douces pour ne pas lacérer l'enfant ni lâcher prise.

289 Lorsque les tractions devront être interrompues, il faudra maintenir les crochets dans leur tension, non seulement dans la direction droite, mais inclinée transversalement, comme on procède dans l'avulsion des dents, de façon que par ce changement de direction, le fœtus dilate les parties et soit facilement extrait. Pour aider cette manœuvre, il faut introduire le doigt indicateur entre l'orifice et la partie saisie et le diriger tout autour d'elle comme si on enlevait la peau, le diriger vers la partie déviée en l'arrosant d'huile chaude ou autres préparations mucilagineuses, dont nous avons parlé. Si le fœtus ne cède pas à la traction des crochets et ne peut être extrait, on placera d'abord un des crochets plus haut, puis l'autre de même, jusqu'à ce que tout le corps fœtal ait passé. Si une main est prolabée et que le fœtus en avançant s'est enclavé, et qu'elle ne peut être
290 repoussée, et si déjà il a succombé, ce que l'on voit par l'absence de rougeur et de chaleur et de pulsations, la couleur livide et le froid, on l'entourera d'un linge pour qu'il ne s'échappe pas en glissant et on l'attirera un peu, en tenant solidement la partie sortie pour que celle au-dessus puisse être vue plus facilement; on fera l'amputation du bras dans l'articulation de l'épaule (1); le corps ayant été tourné avec les doigts sera extrait avec les crochets.

Si les deux mains sont sorties et ne peuvent être réduites, et

(1) Celse agissait plus judicieusement en faisant dans ces cas la décollation.

MOSCHION.

AËTIUS.

s'il n'y a pas de tumeurs ou des excroissances calleuses, ou toute autre cause dont nous avons parlé plus haut. Quelle qu'elle soit, on l'éloignera avec la pince ou le scalpel polytome, comme il sera dit plus bas. Si une membrane obstrue l'orifice utérin (la vulve) on l'incisera, comme cela sera dit en parlant des femmes imperforées. Si le chorion à inciser oppose une forte résistance, on essayera de le tendre avec une pince, on l'incisera avec le bistouri en forme de lance qu'on appelle *scolpomachærium*, ou un autre instrument analogue; on dilatera ensuite avec le doigt et on préparera une ouverture suffisante pour le passage de l'enfant. Si la tête de l'enfant obstrue le passage, il faut le tourner sur les pieds et l'extraire ainsi (1); s'il résiste au point de ne pouvoir être repoussé vers la profondeur, on appliquera l'em-

---

της διοπτρας προτερον κατανοησας οποιον εστὶ το δυστοκιας αιτιον, » etc., le chirurgien moyennant le dioptre, verra d'abord quelle est la cause de dystocie. Cette version n'a pas été conservée par Ermerins : il n'en dit pas les motifs, ni dans sa préface, ni dans la lettre critique; le dioptre existait déjà à cette époque sous deux formes trouvées à Pompei qu'on peut voir au musée de Naples et qui sont reproduites dans les planches qui accompagnent la traduction de Celse, par M. Védrènes. Pl. XIV, fig. 1, 2.

(1) Version podalique pour la première fois conseillée dans une présentation crânienne.

PAUL D'ÉGINE.

écarter les grandes lèvres par un aide, et on dirige vers l'orifice de l'utérus la main gauche rétrécie par une réunion vigoureuse des doigts et enduite d'un corps gras. On dilate cette ouverture et on y répand de l'huile pour la relâcher, puis on cherche l'endroit où l'on devra fixer l'embryulque. Or, les endroits propres à cet objet, dans les cas où la tête se présente, sont les yeux, l'occiput, le palais de la bouche, le menton, les clavicules et les parties qui se trouvent sur les côtés et vers les hypochondres : dans les cas de présentation par les pieds, ce sont les os pubiens, les espaces intercostaux et encore les clavicules. Il faut ensuite saisir de la main droite l'embryulque en cachant sa courbure avec les doigts et l'insinuer doucement dans la main gauche, puis le ficher dans un des endroits désignés en poussant jusqu'à ce qu'il ne rencontre plus d'obstacle; un second embryulque sera placé à l'opposé de celui-ci, afin que la traction se fasse équilibre ou sans pencher plus d'un côté que de l'autre. Après cela on doit tirer d'une manière égale non pas seulement en droite ligne, mais d'un côté et de l'autre comme on fait pour l'extraction des dents; et il ne faut pas qu'il y ait de temps d'arrêt pendant la traction. On doit aussi introduire l'index, ou même plusieurs doigts enduits d'un corps gras, entre l'orifice de la matrice et le corps qui s'y trouve enserré, et le tourner tout autour comme pour opérer un décollement. Si

si le fœtus ne cède pas aux tractions, les deux bras seront désarticulés à l'épaule. Si la tête est trop volumineuse et ne cède pas, il faut l'ouvrir avec le scalpel dont nous nous servons pour l'embryotomie, ou avec le couteau avec lequel nous faisons l'excision des polypes, que l'on introduit en le protégeant avec l'index et l'auriculaire. Si l'enfant est hydrocéphale, il faut faire une incision pour qu'après l'évacuation du liquide, la tête se réduise de volume et s'affaisse. Si l'enfant a une tête proportionnellement trop grande, celle-ci se réduira facilement sous
291 la pression de la main quand les parties sont molles, sinon, on incisera le crâne au sommet ou à une autre place, car le cerveau étant évacué, la tête s'affaisse. Les lèvres de la plaie seront réclinées, les fragments d'os brisés enlevés avec la pince qui sert à l'extraction des dents ou avec celle qui sert à extraire les fragments d'os. Si c'est le volume de tout le corps qui empêche qu'il ne cède aux tractions, les bras étant appuyés sur les côtés de la matrice, il faut appliquer le couteau au col, cherchant un espace vide entre la matrice et le fœtus, le sang ayant été évacué, le corps devient plus mince.

Il faut ensuite inciser toute la tête, ouvrir les espaces intercostaux et inciser le poumon; souvent le thorax est augmenté de volume par des humeurs qui le remplissent. Il faut avec les doigts, briser les articulations de la poitrine, le sternum et les clavicules, car la poitrine s'affaisse quand elle n'est plus soutenue par les clavicules.

292 Si le corps ne se réduit pas, l'abdomen devra être incisé aussi. il peut arriver que l'enfant soit atteint d'hydropisie, l'évacuation du liquide réduit son volume et l'amincit. Si quelque tumeur intérieure est la cause de l'augmentation de volume de l'abdomen, il faudra l'extraire avec les autres viscères et vider tout le corps. Il faut agir de même si l'enfant se présente par les pieds ; si les bras sont repliés en haut, il faut les couper et inciser la tête; si elle est trop volumineuse, la briser, ce qui dans cette présentation est plus difficile, puisqu'elle est cachée plus haut. C'est avec la main droite qu'on doit saisir et extraire les pieds, il faut se servir de la main gauche pour diriger la

MOSCHION.

AËTIUS.

bryulque dans l'orbite, dans la bouche ou le menton et on l'extraira ainsi : le crochet tenu de la main droite, sera introduit protégé par les doigts de la main gauche jusque dans la cavité utérine et fixé dans les lieux dits plus haut ; un autre crochet sera appliqué de la même manière au côté opposé, afin que la traction soit égale, non inclinée et plus sûre, car un des deux crochets peut glisser pendant les tractions et lâcher le fœtus. Les tractions seront faites également, non directement mais obliquement; le doigt enduit d'un corps gras sera introduit entre l'orifice utérin et le membre fœtal qui l'obstrue, et conduit tout autour. La moitié de l'enfant étant sortie, les crochets seront fixés alternativement sur des parties plus élevées. Si la tête est naturellement trop volumineuse, ou hydrocéphale, on l'incisera avec un instrument tranchant qu'on appelle polytome, ou avec un scalpel ordinaire ; et quand elle se sera affaissée elle sera extraite. Si elle ne cède pas encore, tout le sinciput sera brisé et les os extraits avec les doigts. Si un os est saillant, il sera enlevé avec la pince à os ou à racines (de dents) et on appliquera au corps une pince à extraction et on le fera sortir. Lorsque la tête se présentant, c'est le thorax qui est arrêté à l'orifice utérin, on introduira le couteau pointu ou le scalpel polytome protégé par deux doigts, on l'enfoncera dans un espace intercostal près de la clavicule jusque dans la profondeur pour que la

PAUL D'ÉGINE.

l'instrument obéit comme de raison, il faudra le reporter sur des parties plus élevées et faire ainsi jusqu'à l'extraction complète de l'embryon.

Quand le bras se présente et que le resserrement empêche de le repousser, il faut l'envelopper de chiffons pour qu'il ne glisse pas et le tirer un peu, puis le détacher tout entier de l'épaule.

On doit faire de même si les deux bras se présentent. On doit de même aussi couper les jambes aux aines si elles se présentent et si le reste du corps ne les suit pas ; puis on s'applique à extraire ensuite le reste du corps. Lorsque la tête se trouve trop grosse et qu'il en résulte un enclavement parce que l'embryon est hydrocéphale, il faut perforer le crâne avec une spathe à polype, ou avec un poinçon, ou avec un bistouri pointu caché entre les doigts, afin qu'étant vidée elle puisse sortir ; si la tête est naturellement grosse, on ouvre de même le crâne et on le concasse avec les pinces avec lesquelles on extrait les dents ou les os ; et si les os font saillie il faut aussi les enlever. Lorsque la tête est déjà sortie et que c'est le thorax qui se trouve enclavé, on doit ouvrir avec le même instrument les parties voisines des clavicules jusqu'à ce qu'on arrive dans la cavité, afin que l'humeur étant évacuée, le thorax puisse sortir ; mais s'il ne sort pas encore, il faut rompre et enlever les clavicules elles-mêmes, et alors le thorax sortira. Lorsque le ventre est ballonné par suite de la mort du fœtus ou parce qu'il

tête du dedans, car si la tête est renversée, elle s'arrache souvent (1).

Il est difficile de comprendre pourquoi la main gauche se prête mieux aux extractions par la raison qu'avec elle on attire les serpents; les deux choses sont fausses. Est apte à cette opération celle qui est introduite comme nous l'avons montré.

293 Les enfants en présentation transversale et pliés en double dont la situation ne pourra être rectifiée devront être incisés dans la partie qui est à l'orifice, dans l'abdomen, aux aisselles, aux espaces intercostaux, à la région rénale, aux hypochondres. Si l'enfant est mort et trop volumineux, il est dangereux de le sectionner totalement dans (l'utérus); il est avantageux de sectionner les parties à mesure qu'elles sortent dans les articulations, car les os sont lisses dans les jointures et faciles à détacher. Il faut rapporter ensemble les parties extraites et voir si on n'a rien laissé. Après une extraction maladroite par les pieds la tête peut être arrachée; elle est saisie difficilement à cause de sa forme ronde et puisqu'elle remonte dans la cavité utérine. Dans un cas pareil, Sostrate, voulant agir comme pour (l'extraction) d'un calcul, introduisit l'index de la main gauche dans l'anus, la main droite sur l'abdomen, tenta de comprimer la tête pour la pousser dehors, ne voyant pas que le doigt introduit dans le rectum ne pouvait atteindre la tête, car la vessie n'étant plus sous la main, l'utérus se retire beaucoup, comme
294 nous l'avons montré plus haut. C'est pourquoi il faut introduire la main, saisir la tête, l'amener vers l'orifice de la matrice, y introduire un crochet et l'extraire. Après l'extraction du fœtus moyennant les crochets et son morcellement (dans la matrice), il faudra, moyennant des injections, relâcher et calmer les parties qui ont été irritées par les violences. S'il y a une hémorrhagie, ou s'il s'en produit une, on emploiera les remèdes convenables. Prescrire des remèdes propres à accélérer

(1) Voilà un texte bien ancien en faveur de l'utilité de fléchir la tête dans l'extraction par les pieds, si bien démontrée par M. Champtier de Ribes. (Thèse, concl., II.)

MOSCHION. | AËTIUS. | PAUL D'ÉGINE.

AËTIUS.

poitrine s'affaisse par l'évacuation des humeurs. Si après la sortie du thorax le ventre de l'enfant est gonflé, et présente la forme d'un abdomen hydropique, on suivra les mêmes règles pour inciser le ventre et en extraire les intestins. Si une main est sortie des parties génitales, on en fera l'amputation dans l'articulation de l'épaule ; à cet effet, la main prolabée sera entourée d'un linge, attirée énergiquement pour que l'articulation soit amenée, les plis des lèvres seront écartés et l'articulation ouverte avec un scalpel et le membre enlevé, la tête dirigée sur l'orifice) et le fœtus extrait. Si les deux mains sont procidentes, les deux bras seront amputés ; la tête sera écrasée et l'enfant extrait. Si c'est le ventre qui fait obstacle à la sortie (dans une présentation podalique), on enveloppera les jambes avec un linge et on les attirera énergiquement pour que le pubis paraisse à l'extérieur, afin que le ventre puisse être incisé. Si une des extrémités est relevée vers le fond de la matrice on entourera l'autre avec un linge, on l'attirera avec énergie, on écartera les lèvres et on amputera le membre (relevé) dans la région inguinale. Si le fœtus se présente en double et ne peut être redressé, si c'est la tête qui est le plus près de l'orifice, on brisera les os sans enlever la peau, on fixera un crochet dans une partie de la tête pour en faire l'extraction, on dégagera les cuisses et on sortira ainsi l'enfant. Si les cuisses sont plus près de l'orifice, on les coupera

PAUL D'ÉGINE.

est hydropique, on le vide par la même méthode et en même temps les intestins eux-mêmes.

Ceux qui (se) présentent (par) les pieds sont facilement dirigés par leur inclinaison vers l'ouverture de l'utérus, et si le ventre ou le thorax s'enclavent, on les attire (après les avoir entourés) de chiffons et on évacue les matières qu'ils contiennent par le même mode d'incision. Mais si toutes les autres parties étant enlevées, la tête remonte et se trouve retenue, il faut introduire la main gauche et la porter jusqu'au fond de l'utérus si la dilatation du col le permet, puis, après avoir recherché la tête, la faire rouler avec les doigts vers l'orifice. Ensuite, ayant fixé un ou deux embryulques, on n'emploie pas la force, de peur d'enflammer le col de l'utérus ; mais on doit faire usage d'injections grasses abondantes, de bains de siège, de lotions et de cataplasmes, afin que le col se dilate et que la tête soit évacuée comme il a été dit. Quant aux fœtus qui présentent les flancs, s'ils peuvent être redressés, on se sert des méthodes décrites ; s'ils ne le peuvent pas, on coupe le fœtus lui-même en dedans tout entier, et on l'extrait par morceaux en faisant bien attention qu'il n'en reste pas à notre insu quelque portion à l'intérieur.

Or, après l'opération, il faut employer les moyens usités dans l'inflammation de l'utérus ; et s'il survient une hémorrhagie, vous connaissez aussi son traitement.

l'accouchement, comme d'autres et des disciples d'Hippocrate l'ont fait, est agir sans réflexion, car ni les feuilles de laurier desséchées infusées dans de l'eau bouillante, ni le dictame, ni les baies de cèdre avec de l'anis et du vin doux vieux, ni les concombres couverts de cire et attachés avec de la laine rouge aux lombes ne peuvent accélérer l'accouchement. Les moyens exposés ci-dessus enlevant l'obstacle (la maladie) accélèrent l'accouchement.

«... τὰ δὲ προειρημένα βοηθήματα λύοντα τὸ πάθος καὶ τὴν ἐξ αὐτοῦ δυστοκίαν λύει. »

MOSCHION.

AËTIUS.

dans l'articulation de la hanche, on attirera ainsi le pubis pour que la tête qui reste soit facile à briser. Si l'obstruction produite par la duplicature du fœtus est plus tenace, les pieds plus procidents, la tête sera coupée dans les articulations vertébrales, on ouvrira le thorax et on attirera les pieds et si les membres ayant été coupés la tête est retenue (dans la matrice), la main gauche enduite d'huile sera introduite dans le fond de la matrice, la tête sera amenée peu à peu à l'orifice de la matrice où elle sera maintenue pendant qu'on y implantera un ou deux crochets. Les régions les plus favorables pour cela sont : à la tête, les yeux, les orifices auriculaires, la bouche, la mâchoire inférieure ; au thorax, les aisselles, les clavicules, les hypochondres, la cage thoracique, les articulations vértébrales, la gorge; à la région inférieure, le pubis, les parties génitales chez les filles. Si l'orifice de l'utérus est enflammé, il ne faut pas user de violence, mais faire d'abondantes injections de corps gras, d'infusions de même nature, faire usage de cataplasmes, et quand l'inflammation se sera apaisée, l'orifice de la vulve détendu, on extraira le fœtus comme nous l'avons dit. Quand le morcellement du fœtus aura été complet, il faudra rassembler ses membres afin de voir si aucun ne manque, si rien n'est resté oublié dans la matrice ; alors on s'empressera de faire la délivrance.

PAUL D'ÉGINE (1).

(1) Qui ne voit que Paul d'Égine donne dans ce chapitre les préceptes publiés par Soranus six siècles avant lui ; mais quelle pâle copie d'un tableau de maître dont le nom n'est pas même indiqué par le copiste.

CONCLUSIONS.

Il résulte de cet exposé historique et de la confrontation des textes la démonstration :

Qu'au premier siècle, la gynécologie et l'obstétricie furent cultivées avec plus de soin qu'on ne l'avait pensé.

Qu'avant Soranus un grand nombre d'auteurs avaient publié des traités sur ces matières.

Que l'obstétricie, telle qu'elle est représentée dans les écrits de Soranus, avait atteint une grande perfection, qui se perdit bientôt et ne reparut qu'après une longue série de siècles.

Que les rapports entre les écrits de Soranus et ceux de Moschion sont intéressants au point de vue de l'histoire de l'art; que les deux traités ne sont pas un abrégé l'un de l'autre; que le premier, antérieur, a été fait pour les médecins, le second pour les sages-femmes.

Que la découverte du traité de Soranus et sa publication jettent sur le second plan, Moschion, qui, jusqu'à nos jours, a occupé le premier rang parmi les accoucheurs de l'antiquité. Qu'une grande clarté rayonne des écrits de Soranus sur le livre de Moschion, dont une partie était restée enveloppée d'obscurités.

Que Soranus doit être regardé comme le plus habile accoucheur de l'antiquité. Qu'Aëtius et Paul d'Egine n'ont été que des échos de plus en plus affaiblis de la voix de Soranus.

Quant à l'histoire de la *version podalique*, on peut dire :

Que Celse a recommandé la version sur les pieds de l'enfant mort, non puisque dans les présentations transversales un pied se trouve près de l'orifice et est facile à saisir, mais puisque l'extraction du fœtus par les pieds est facile.

Que Soranus est le premier qui ait recommandé de faire la version sur les pieds pour faire l'extraction de l'enfant vivant, puisque la présentation par les pieds est la moins vicieuse des présentations anormales, affirmant qu'en agissant ainsi il avait sauvé un grand nombre d'enfants.

Qu'il a spécifié mieux que ses devanciers les cas où la ver-

sion sur les pieds doit être faite, décrit la manière de pratiquer cette opération.

Que dans le fragment d'Aspasie conservé par Aëtius, on trouve pour la première fois le précepte de faire la version sur les pieds dans la présentation céphalique, quand la partie engagée ne peut avancer, pratique tenue en honneur pendant longtemps, et perfectionnée par l'école française des XVIIe et XVIIIe siècles, conservée jusqu'à l'invention du forceps, qui, rendant facile l'extraction du fœtus se présentant par la tête, a eu pour effet un retour vers la version céphalique.

Que les textes de Moschion, d'Aëtius et de Paul d'Egine ne permettent pas d'affirmer qu'ils aient conseillé de faire la version sur les pieds de l'enfant vivant, mais que le conseil si formel de Soranus, antérieur à leurs écrits, rend probable que le précepte donné par eux de faire la version sur les pieds dans les cas indiqués, ne s'applique pas exclusivement à l'enfant mort, mais aussi à l'enfant vivant, cette pratique reparaissant comme traditionnelle et non comme nouvelle au XVIe siècle dans le *Traité* d'Ambroise Paré.

Il est profondément regrettable qu'une œuvre aussi importante que celle de Soranus ait été pendant si longtemps ensevelie dans un profond oubli, *que des hommes, instruits de ces découvertes, ne les aient pas prises pour point de départ de recherches nouvelles* (1).

Si le vœu, exprimé par le père de la médecine dans un des écrits qui révèle le mieux la profondeur de sa pensée, avait été écouté par ses successeurs, cette partie de l'art ne serait pas restée pendant si longtemps dans une désolante infériorité et nous n'aurions pas assisté à sa rapide décadence entre les mains des médecins des premiers siècles.

---

(1) Hippoc. De l'ancienne médecine, § 2. Ed. Littré, I, 573.

REVUE CRITIQUE.

DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME.

Un médecin qui aurait étudié l'anesthésie dans toutes ses applications *obstétricales connues*, depuis l'apparition de l'éther et du chloroforme plus tard, aurait-il le droit d'avoir une opinion sur la question ?

Si oui, il lui sera permis d'examiner les divers avis des honorables académiciens dans le cours de la discussion actuelle.

Le plus grand nombre des assertions émises est conforme aux faits, et démontre une observation précise, rigoureuse et judicieusement interprétée (sans cette dernière condition, pour nous, l'observation ou l'expérimentation ne sont rien).

Mais d'autres propositions venant d'hommes, pourtant considérables dans la science, ont été, pour tout médecin au courant de la question, l'objet d'un véritable étonnement et l'on s'est demandé comment d'éminents chirurgiens pouvaient avancer de semblables hérésies sur des faits d'une observation journalière.

MM. Perrin, Trélat, Le Fort nous paraissent être dans la vérité complète et pour nous, *obstétricalement*, nous n'avons pas un mot à changer à leurs appréciations.

Des femmes laissées pendant deux heures passées dans l'insensibilité absolue (nous ne disons pas dans le sommeil) n'ont point éprouvé d'accidents, mais nous avons cependant la conviction profonde qu'on peut mourir du chloroforme *pur et bien administré*.

Un fait, avec le même chloroforme employé d'autres fois sans danger, donné par les mêmes mains, nous a montré l'opérée si près de la mort, que, sans les secours rapides et énergiques employés pour la secourir, elle périssait certainement.

Comment, d'ailleurs, les collègues qui ont osé dire : « *Le chloroforme ne tue pas,* » ont-ils pu émettre l'opinion suivante :

« L'une des difficultés dans l'administration du chloroforme est, non pas de donner la quantité nécessaire *pour obtenir le sommeil* ; »

« Ma prescription formelle est de ne pas donner le chloroforme tant *que la personne est bien endormie.* »

Depuis quand le *sommeil* est-il l'*anesthésie ?*

Il y a des années que Cl. Bernard a prouvé que *le sommeil n'est pas l'insensibilité.*

Bien des fois nous avions écrit, dans une polémique qui a duré plusieurs années, sur la *prétendue demi-anesthésie* :

« L'anesthésie est *au delà* du sommeil. »

Combien voit-on de femmes (en obstétrique) qui, l'*opération terminée, les inhalations cessées* depuis un quart d'heure, dorment encore profondément, sont sensibles à la moindre piqûre, au moindre pincement de la peau et en témoignent par leurs plaintes.

La technique proposée par notre éminent collègue M. Gosselin ne nous paraît pas moins attaquable que son opinion sur l'innocuité du chloroforme et sur le sommeil.

« *La progression des doses* », qu'il recommande, nous semble le moyen le plus sûr d'amener une période d'excitation violente et interminable, chez les femmes et les enfants au moins. Nous n'avons pas d'expérience chez les hommes.

Pour nous, la vraie méthode est celle de Simpson, en y joignant les prescriptions suivantes :

Toujours mêler largement l'air aux vapeurs anesthésiques par l'agitation de la partie inférieure de la compresse.

Toujours laisser un large espace entre la compresse, les narines et la bouche.

Suspendre, *sur-le-champ*, les inhalations, non pas quand le sommeil est obtenu, mais au moment *précis* où l'insensibilité commence, moment facile à constater par les pincements répétés de la peau.



Aides au pouls et à la respiration, chacun d'eux chargé d'une seule constatation.

Reprendre les inhalations au moindre signe de sensibilité, pour les arrêter brusquement avec le retour de l'anesthésie complète et ainsi de suite.

Tel est, pour nous, la véritable technique des inhalations de chloroforme, celle qui évitera le plus sûrement les catastrophes, dont, nous non plus, nous n'avons jamais eu d'exemple. entre nos mains, depuis trente ans que nous faisons usage de l'anesthésie, toutes les fois qu'elle trouve son indication.

Ce qui ne nous empêche pas de faire cette profession de foi :

Celui qui affirme que, malgré toutes les précautions, il n'aura jamais de mort par le chloroforme, *celui-là est un imprudent.*

Nous nous trompons, quelques accoucheurs peuvent seuls se vanter de n'avoir jamais de mort par le chloroforme, ce sont les très rares continuateurs de la demi-anesthésie ; il est vrai que les femmes chloroformées par eux « *s'élancent d'elles-mêmes vers le flacon* » et « *crient d'autant plus fort, qu'elles souffrent moins* » ; mais comme nous voulions traiter la question ainsi qu'elle mérite de l'être, c'est-à-dire sérieusement, ces donneurs de chloroforme ne pouvaient pas espérer trouver une place dans la discussion.

Professeur PAJOT.

REVUE DE LA PRESSE

INFLUENCE DES MANUFACTURES DE TABACS : 1° SUR LA MENSTRUATION ; 2° SUR LA GROSSESSE ; 3° SUR LA SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS,

Par le Dr Piasecki,

Médecin de la manufacture des tabacs du Havre (1).

Pour répondre aux questions qui précèdent, j'ai dû faire une enquête minutieuse et interroger séparément chaque ouvrière. C'est le résultat de cet examen que je vais exposer ici. Je serai heureux si, en le rapprochant de recherches analogues qui ont dû être faites dans les autres manufactures, il aide à élucider la question qui est aujourd'hui en controverse.

La population de la manufacture du Havre est essentiellement flottante. Il est inutile de s'occuper ici des raisons qui en modifient le chiffre d'un jour à l'autre. Qu'il me suffise de citer les plus fréquentes : maladies, soins plus ou moins exigeants du ménage, affaires de famille, etc. Au moment de mon enquête médicale, le personnel féminin ouvrier se composait de 540 femmes. Il m'a semblé utile, avant d'étudier spécialement la question posée plus haut, de dire comment est constitué ce chiffre de 540 ouvrières, sous le rapport de l'âge, du genre de travail à la manufacture, du temps de séjour dans l'établissement, et enfin de l'état de chaque ouvrière.

Sous le rapport de l'âge, les ouvrières de la manufacture du Havre se répartissent de la façon indiquée au tableau qui suit. On voit par là que les femmes employées à la manufacture appartiennent, pour la plus grande partie, à l'âge adulte, c'est-à-dire à celui où la femme se règle ou est déjà réglée.

Ce tableau donne, en outre, l'énumération des diverses catégories de travailleuses, avec le chiffre afférant à chaque groupe, ainsi que la décomposition par âge.

---

(1) Travail extrait de la *Revue d'hygiène*, novembre 1881.

RÉPARTITION DU PERSONNEL PAR AGES ET PAR FONCTIONS (1) :

OUVRIÈRES.	10 à 15 ans.	15 à 20 ans.	20 à 25 ans.	25 à 30 ans.	30 à 35 ans.	35 à 40 ans.	40 à 50 ans.	50 à 60 ans.	60 à 70 ans.	Total par fonctions.
Cigarières.......	30	157	87	41	31	27	20	3	»	395
Paqueteuses..........	»	4	17	14	6	2	2	2	»	47
Coupeuses	»	1	3	»	8	10	»	11	»	[illegible]
Capseuses.......... ..	»	9	7	5	4	1	1	1	»	23
Epoulardeuses........	»	»	1	3	3	»	2	»	»	9
Receveuses...........	»	»	»	»	»	1	1	»	»	5
Trieuses	»	»	»	»	»	1	1	1	1	4
Peseuses.............	»	1	2	1	»	»	»	»	»	4
Balayeuses	»	»	»	»	»	»	1	1	1	3
Surveillantes	»	»	»	»	1	1	»	»	»	2
Ecabocheuses	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Robeuse	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Paqueteuse...........	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Vérificatrice..........	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Torréfieuse..........	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
	30	172	118	69	57	43	29	19	3	540

En ce qui concerne le séjour de chaque ouvrière à la manufacture :

27	ouvrières	avaient moins de 6 mois	de présence.	
14	—	avaient 6 mois à 1 an	—	
28	—	— 1 à 2 ans	—	
52	—	— 2 à 3 ans	—	
50	—	— 3 à 4 ans	—	
51	—	— 4 à 5 ans	—	
52	—	— 5 à 6 ans	—	

(1) On nomme *époulardeuses* celles qui enlèvent le sable et les poussières des feuilles de tabacs avariées; *capseuses*, celles qui étendent sur une sangle les feuilles de tabacs mouillées à l'eau salée, pour faire des *ballots*, qui sont ensuite transportés au hachage; *écabocheuses*, celles qui coupent les caboches ou extrémités formées de grosses côtes, dans certains tabacs.

26	ouvrières avaient	de	6 à 7 ans	de présence.
24	—	—	7 à 8 ans	—
19	—	—	8 à 9 ans	—
18	—	—	9 à 10 ans	—
78	—	—	10 à 15 ans	—
33	—	—	15 à 20 ans	—
52	—	—	20 à 25 ans	—
20	—	—	25 à 30 ans	—
15	—	—	30 à 35 ans	—
1	—	—	35 à 40 ans	—

On voit, par ce tableau, qu'en supprimant les ouvrières qui ont moins d'un an de présence à la manufacture, c'est-à-dire 41 ouvrières, il en reste 399, c'est-à-dire la grande majorité, qui ont eu le temps de subir les effets du tabac.

Sous le rapport de l'état civil, les ouvrières de la manufacture se subdivisent de la façon suivante :

Ouvrières mariées	188
— célibataires	352

Cette distinction a une importance capitale, attendu qu'au point de vue de la grossesse et de la santé des nouveau-nés, je n'ai questionné que les ouvrières mariées. Le chiffre de 540 se trouve dès lors réduit à 188 sur ce point spécial.

J'arrive maintenant à la première question posée :

— 1° *Influence du tabac sur la menstruation.*

A ce point de vue, les ouvrières peuvent être groupées en trois classes :

1° Celles qui étaient réglées avant leur admission à la manufacture ;

2° Celles qui ont été réglées au moment de leur admission ou après leur admission ;

3° Celles qui ne sont pas réglées.

La première classe compte 246 ouvrières. Comme elles n'avaient pu subir l'influence du tabac, je n'ai à m'occuper chez elles que des modifications survenues dans l'évolution des règles après leur entrée à la manufacture.

Sur 246 ouvrières :

231 m'ont déclaré n'avoir éprouvé aucun changement sous le rapport de l'écoulement menstruel ;

15 seulement m'ont dit avoir remarqué les modifications suivantes :

11 ouvrières ont constaté des retards dans leurs règles, en même temps qu'une diminution notable dans le sang perdu ;

3 ouvrières m'ont signalé des avances avec augmentation du flux menstruel ;

Et enfin, 1 ouvrière m'a déclaré que ses règles s'étaient régularisées.

Aucune ouvrière ne m'a dit avoir eu de pertes.

La seconde classe compte 243 ouvrières. Elles peuvent se subdiviser de la façon suivante :

a. Ouvrières réglées au moment de leur admission	67
b. Ouvrières réglées après leur admission	176

En ce qui concerne la première subdivision :

23 ouvrières m'ont déclaré avoir eu des règles modérées ou normales ;
26 — des règles abondantes, dont 1 avec pertes à deux ou trois reprises ;
18 — des règles peu abondantes.

Sous le rapport de la régularité des menstrues :

62 ouvrières m'ont déclaré que leurs règles étaient régulières ;
5 — seulement, qu'elles avaient éprouvé des irrégularités se comptant de la façon suivante :
3 ouvrières ont éprouvé des retards ;
1 — a éprouvé des avances ;
1 — — des avances et des retards alternatifs.

Quant à la seconde subdivision, elle compte 176 sujets se répartissant comme suit :

23 ouvrières ont été réglées de 6 mois à 1 an après leur entrée à la manufacture ;
65 ouvrières ont été réglées de 1 à 2 ans après leur entrée ;
45 — — de 2 à 3 ans —
25 — — de 3 à 4 ans —
13 — — de 4 à 5 ans —
3 — — de 5 à 6 ans —
2 — — de 6 à 7 ans —

Comme on peut le remarquer, toutes ces ouvrières ont eu le temps d'éprouver l'influence du tabac. La question d'âge où cette influence peut s'exercer doit être écartée, car toutes ou presque toutes étaient adultes.

Sous le rapport de la quantité et de la régularité du flux menstruel, elles peuvent être rangées de la façon suivante :

74	ouvrières ont déclaré avoir des règles modérées ou normales;		
53	—	—	des règles abondantes;
49	—	—	des règles peu abondantes.

Chez aucune il n'y a eu de pertes.

154	ouvrières avaient des règles régulières;	
22	—	des règles irrégulières.

Savoir :

5	ouvrières avaient des avances;		
13	—	—	des retards;
4	—	—	des avances alternant aves des retards.

La troisième classe compte 51 sujets qui se subdivisent de la sorte :

17	ouvrières	avaient moins	de 6 mois de séjour à la manufacture;	
7	—	—	de 6 mois à 1 an de présence;	
5	—	—	de 1 an à 2 ans	—
16	—	—	de 2 ans à 3 ans	—
3	—	—	de 3 ans à 4 ans	—
2	—	—	de 4 ans à 5 ans	—
1	—	—	de 5 ans à 6 ans	—

Il est probable que si le tabac avait l'action qui lui a été prêtée, celle-ci n'aurait pas demandé plusieurs années pour se produire; toutes les ouvrières ou au moins à peu près toutes étant, je le répète, en âge de la subir.

Aucun accident ne s'est produit chez les ouvrières qui avaient cessé d'être réglées. Dans tous les cas, le travail de la ménopause s'est effectué normalement.

— 2° *Influence du travail dans les manufactures de tabacs sur la grossesse* ou, ce qui revient à peu près au même, sur le nombre de fausses couches survenues chez les ouvrières.

J'ai dit précédemment que je ne m'occuperais que des ouvrières mariées. Elles sont au nombre de 188 à la manufacture.

Sur ce nombre, 28 ouvrières ont fait des fausses couches. Elles se répartissent de la sorte sous le rapport de la profession :

Cigarières	22
Coupeuse	1
Capseuse	1
Trieuse	1
Paqueteuses (mécanique)	2
Receveuse	1

Les fausses couches ont été au nombre de 47.

Elles se sont répétées chez les mêmes ouvrières de la façon suivante :

Cigarières	1... 3	fausses	couches
—	1... 3	—	—
—	1... 2	—	—
—	1... 3	—	...
—	1... 2	—	—
—	1... 2	—	—
—	1... 4	—	—
—	1... 2	—	—
Capseuse	1... 3	—	—
Paqueteuse (mécanique)	1... 2	—	—
Receveuse	1... 3	—	—

Chez toutes les autres ouvrières les fausses couches ont été simples.

Les fausses couches ont eu lieu à l'époque suivante :

8 à 2 mois et 2 mois 1/2.
10 à 3 mois et 3 mois 1/2.
5 à 4 mois.
4 à 5 mois.
2 à 6 mois.
9 à 7 mois.
9 à 8 mois.

Un seul enfant né viable a vécu quinze jours. Tous les autres étaient mort-nés.

Causes probables des fausses couches :

1° Sans cause appréciable	35
2° Chutes	6
3° Emotion vive, frayeur ou fatigue	6

— 3° *Influence du travail dans les manufactures de tabacs sur la santé des nouveau-nés.*

Les ouvrières mariées, au nombre de 188, ont eu pendant leur sé-

our à la manufacture 376 enfants, soit une moyenne de 2,9 enfants par femme mariée féconde, car il faut déduire de ce chiffre 188 celui des ouvrières mariées, au nombre de 48, qui n'ont pas eu d'enfants. De ces 376 enfants :

153 sont actuellement vivants ;
223 sont morts.

Les causes de la mort ont été les suivantes :

1° *Maladies des intestins* :

a. Choléra infantile........... 8

L'âge de ces enfants au moment de leur décès était :

2 en bas âge (sans autre détermination).
1 à 4 mois 1/2.
1 à 5 mois.
1 à 5 mois 1/2.
1 à 6 mois.
1 à 10 mois.
1 à 14 mois.
3 avaient été nourris au sein,
5 — — au biberon.

b. Gastro-entérite ou diarrhée....... 94

L'âge de ces enfants à leur décès était le suivant :

De 1 jour à 3 mois................	40
De 3 à 6 mois.....................	27
De 6 à 9 mois.....................	9
De 9 à 12 mois....................	2
De 12 à 15 mois	3
De 15 à 18 mois	1
De 18 à 21 mois	3
De 21 à 24 mois	7
De 24 à 30 mois	1
6 ans	1

De ces enfants :

16 avaient été nourris au sein,
78 — — au biberon.

2° *Affections des voies respiratoires* :

a. Bronchite, broncho-pneumonie.... 15 décès.

Savoir :

De 1 jour à 1 an	8
De 1 à 2 ans	4
De 2 à 3 ans	»
De 3 à 4 ans	2
8 ans	1

De ces enfants :

9 avaient été nourris au sein,
6 — — au biberon.

b. Coqueluche........................ 2 décès.

Savoir :

1 à 2 ans 1/2.
1 à 6 ans 1/2.

3° *Affections du cerveau* :

Méningite, convulsions........... 55 décès.

Savoir :

De 1 jour à 1 an	45
De 1 à 2 ans	7
De 4 à 5 ans	1
De 6 à 7 ans	1
De 7 à 8 ans	1

De ces enfants :

34 avaient été nourris au sein,
21 — — au biberon.

4° *Fièvres éruptives* :

a. Rougeole............. 6 décès.

Savoir :

1 en bas âge (sans autre détermination).
1 à 1 an.
1 à 18 mois.
2 de 2 à 3 ans.
1 à 4 ans.

De ces enfants :

4 avaient été nourris au sein,
2 — — au biberon.

b. Variole.................... 5 décès.

Savoir :

De 1 jour à 1 an............. 4
De 1 à 2 ans........... 1

De ces enfants :

3 avaient été nourris au sein,
2 — — au biberon.

5° *Maladies générales* :

Faiblesse congénitale................ 12 décès.

6° *Maladies infectieuses* :

Croup.............. .... 10 décès.

Savoir :

De 1 jour à 1 an............. 3
De 1 à 2 ans................ 3
De 2 à 3 ans................ 3
De 3 à 4 ans................ 1

De ces enfants :

6 avaient été nourris au sein,
4 — — au biberon.

7° *Mort-nés par suite d'accouchement laborieux ou vicieux* :

14 décès.

8° *Morts par accidents* :

2 décès.

Tel est le résultat mathématique de mon enquête médicale. Bien que je ne considère ce résultat que comme la partie d'un tout qui est la somme des recherches faites par les autres médecins des manufactures de tabacs ; bien que ce résultat ne doive, à mon avis, servir qu'à appuyer ou à infirmer les convictions qui pourront sortir de l'examen général des faits observés, je pense cependant qu'il me sera permis d'en tirer quelques conclusions :

1° Le tabac ne saurait être considéré comme un emménagogue ;

2° Les divers travaux auxquels donne lieu sa fabrication n'entraînent aucun inconvénient particulier pour la santé des ouvrières ;

3° Il n'a pas de mauvaise influence sur la grossesse ;

4° Les fausses couches ne sont pas plus nombreuses chez les ouvrières de la manufacture des tabacs du Havre que chez les femmes de la ville.

Elles affectent principalement les cigarières, c'est-à-dire les ouvrières qui ont un travail sédentaire ;

5° La mortalité chez les nouveau-nés a été considérable (223 décès sur 376 naissances), mais il faut en chercher la cause ailleurs que dans l'influence du tabac : logements insalubres, encombrement, précautions hygiéniques nulles ou insuffisantes, alimentation vicieuse, etc.

Le résultat de la mauvaise alimentation est surtout évident pour ce qui concerne les affections intestinales qui, à elles seules, ont amené près de la moitié des décès (102 sur 223). Il suffirait pour autoriser à conclure que l'élevage au biberon doit être condamné, et que, s'il réussit parfois, c'est à la condition que le lait employé soit de bonne qualité.

Au cours de mes recherches, j'ai interrogé les ouvrières sur la façon dont elles s'étaient habituées à la manipulation du tabac. A part quelques cas très rares, l'acclimatation de chacune a été facile, et si parfois elle a donné lieu à quelques accidents (céphalalgie, vertiges, nausées), ceux-ci ont été légers et de courte durée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rapport sur une lecture de M. Kirmisson, intitulée : Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein, par M. Th. Anger. — Cette lecture a eu pour but d'appeler l'attention sur un détail important des opérations que nous pratiquons sur le sein cancéreux. Velpeau avait nettement indiqué et recommandé ce détail opératoire, dans son *Traité des maladies du sein* ; mais il le réservait pour certains cas

et pour certaines indications dont M. Kirmisson propose d'élargir le champ.

Il commence par limiter la pratique qu'il propose à l'ablation des tumeurs cancéreuses exclusivement; puis il cherche à prouver, par trois opérations qui lui sont personnelles, que, alors même qu'une tumeur cancéreuse du sein n'est accompagnée d'aucun ganglion appréciable au toucher, soit le long du bord inférieur du grand pectoral, soit dans l'aisselle, on doit tenir pour certain que de petits ganglions indurés existent le long du bord inférieur du grand pectoral ou dans l'aisselle, et que, dès lors, il est tout au moins prudent de prolonger les incisions parallèlement au bord inférieur du muscle jusque dans l'aisselle, afin d'enlever la chaîne lymphatique et les ganglions qui existent toujours, quoique souvent impossibles à apprécier au toucher, jusque dans le creux axillaire. Dans les trois faits qui lui sont personnels, M. Kirmisson, n'a pas hésité à enlever la chaîne des vaisseaux lymphatiques et des ganglions qui remontent vers le creux axillaire, quoique avant l'opération ils ne fussent pas appréciables au toucher le plus attentif.

Or, ces petites indurations ganglionnaires existaient et ont été constatées après l'ablation des trois tumeurs, et l'auteur conclut de ces trois faits que, si l'on veut mettre l'opérée à l'abri d'une récidive ganglionnaire rapide, on doit toujours disséquer et enlever le tissu cellulo-graisseux qui longe le bord inférieur du grand pectoral et se perd dans le creux axillaire.

J'ai dit que cette indication opératoire n'est pas neuve et qu'on la trouve formulée dans Velpeau. En effet, il dit à propos de tumeurs accessoires (*loc cit.*, p. 594, édit. 1858) :

L'extirpation des tumeurs secondaires peut être effectuée de deux manières :

1° Que la tumeur occupe la rainure sous-pectorale, que dans l'aisselle elle ne soit pas très éloignée de l'incision principale, il suffit de prolonger l'angle de la division première pour permettre de découvrir, d'accrocher, de disséquer et d'emporter le mal ;

2° Si une étendue notable de tissus sains existe au contraire entre les tumeurs de l'aisselle et la plaie du sein, il vaut mieux pratiquer des incisions nouvelles, indépendantes de la première division.

Il résulte de cette citation que M. Kirmisson adopte le premier précepte de Velpeau et repousse le second. Si je ne me trompe,

c'est la pratique du plus grand nombre des chirurgiens, et j'ai toujours vu mes maîtres dans les hôpitaux procéder de cette façon à l'ablation des tumeurs malignes du sein. Comme M. Kirmisson, je crains que, dans cette opération, mieux vaut enlever toute la zone des vaisseaux et ganglions lymphatiques qui, partant du sein, longe la gouttière du grand pectoral, que de se contenter d'une incision indépendante du niveau de l'aisselle.

En prolongeant l'incision jusque dans l'aisselle, M. Kirmisson taille à la tumeur une sorte de pédicule qu'il sculpte aux dépens des tissus cellulo-graisseux de la gouttière du grand pectoral, et le fait remonter ainsi jusqu'au sommet du creux axillaire. Arrivé sur les gros vaisseaux, il jette une ligature, en masse sur ce pédicule et le sectionne au-dessous de la ligature. Ce manuel opératoire est nettement indiqué dans le Traité de Velpeau.

« Les ganglions malades sont quelquefois si profondément situés, qu'il y aurait danger réel d'atteindre les gros vaisseaux en poursuivant la tumeur jusqu'à ses dernières racines avec la pointe du bistouri. Il vant mieux alors, quand, ce qui n'est pas rare, l'éradication est suffisante, porter une ligature sur le pédicule de la masse à enlever et étrangler fortement; on la sépare ensuite sans crainte, audessous de la ligature, avec l'instrument tranchant. »

Dans les trois observations de M. Kirmisson, ce procédé opératoire a été exécuté avec succès, et il y a lieu d'espérer que cette guérison sera tout à fait définitive, du moins d'assez longue durée.

M. Sée dit que le rapporteur ne lui paraît pas avoir rendu compte exactement de l'idée de M. Kirmisson, idée qui n'est pas formulée dans le Traité de Velpeau.

Chez certains malades, on ne sent rien à la palpation sous le grand pectoral et dans l'aisselle; dans ce cas la coutume est de ne pas prolonger l'incision.

M. Kirmisson propose de la prolonger le long du bord inférieur du pectoral et d'enlever tous les ganglions de l'aisselle. En agissant ainsi, il a trouvé des ganglions malades qu'une exploration attentive n'avait pas permis de reconnaître.

De la discussion qui suit, et à laquelle prennent part MM. Gilette, Verneuil, Després, Lefort, Cruveilhier, Berger; il ressort que des ganglions malades existent souvent sous la clavicule et que la récidive se faisant souvent sur la cicatrice ou dans son voisinage, le

procédé de M. Kirmisson ne met pas l'opérée à l'abri de la récidive locale. Cependant il paraît y avoir avantage à faire l'ablation aussi complète que possible.

(*Séance du 1er février* 1882.)

R. CHENET.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Cas douteux de vagin double. — Le Dr GALABIN présente une coupe faite sur une cloison qui divisait en deux le vagin d'une jeune fille de 17 ans. On la reçut à Guy's Hospital, pour ce que l'on croyait être une dilatation kystique du bas-fond de la vessie ou de l'urèthre, qui venait faire saillie à la vulve. Le Dr Galabin fut d'avis d'en faire la section, puis de ramener les bords en contact; mais le chirurgien, son collègue, fut d'un avis contraire et s'opposa à l'opération dans la crainte d'une fistule permanente. Alors le Dr Galabin se décida à faire l'opération lui-même, et à mesure qu'il sectionnait, il s'apercevait qu'il ne pénétrait pas dans la vessie, mais qu'il se trouvait en présence d'un canal cylindrique, ressemblant à un second vagin, situé en avant de la moitié gauche du vagin principal, et se terminant à la partie gauche du col dans une petite ouverture où l'on pouvait faire pénétrer une sonde à environ 1 centimètre de profondeur.

Le Dr CARTER a plusieurs fois trouvé des kystes dans la paroi antérieure du vagin, mais jamais ils n'étaient aussi volumineux que celui décrit par M. Galabin.

Le Dr ROUTH ne pense pas que ce seul fait de la présence, à la partie antérieure du vagin, d'un kyste volumineux constitue une objection à l'existence d'un second vagin. On a quelquefois observé la même disposition dans les deux moitiés d'un utérus double.

Le Dr GALABIN répond que l'on ne pouvait rien découvrir d'anormal dans l'utérus à l'examen bimanuel. Il ne pense pas que ce canal fut un kyste, car il était cylindrique et non pas globulaire, et son contenu n'était pas un liquide mucoïde.

Rétention menstruelle dans une moitié d'un utérus double. — Le Dr GALABIN rapporte le cas suivant : La malade, âgée de 15 ans, vint

à la consultation en accusant des symptômes d'une dysménorrhée spasmodique grave ; on ne trouvait ni gonflement ni tumeur. La menstruation était régulière et plutôt profuse. La douleur était surtout intense pendant les règles et donnait lieu à des manifestations hystériques. Au toucher on sentait sur la paroi antérieure du vagin une tumeur globuleuse sans fluctuation ni élasticité, environ du volume d'un utérus à trois mois de grossesse. On arrivait difficilement sur le museau de tanche qui était situé en arrière et aplati. La malade était tellement sensible qu'on ne pouvait essayer de faire pénétrer une sonde.

L'auteur rejeta l'hypothèse d'une tumeur fibreuse, en raison de l'âge de la malade et parce que les symptômes n'étaient apparus qu'avec la puberté. Il diagnostiqua alors : rétention dans la moitié d'un utérus double. Il convint, avec le Dr Stirling, d'anesthésier la malade et d'évacuer la tumeur, si le diagnostic était confirmé par l'hystéromètre. Il constata que la sonde pénétrait facilement jusqu'à la longueur normale en se dirigeant un peu à droite. On ponctionna alors la tumeur, d'où l'on retira un liquide comme de la mélasse, ainsi que cela arrive dans les cas de rétention ; on donna ainsi issue à 300 grammes de liquide. On ne fit pas d'injections antiseptiques sur le moment, mais il fut bien convenu qu'on les commencerait quelques heures après l'évacuation complète du liquide. Pendant trois jours il s'écoula un liquide sanguinolent, qui alors augmenta dans des proportions telles que cela devint inquiétant. Le lendemain il y eut de la fièvre avec une température de 40° et un pouls à 140. L'entourage de la malade ne consentit pas à ce que l'on administrât des anesthésiques pour permettre de laver l'utérus, car jusqu'à ce moment, en raison de l'extrême sensibilité de la malade, les injections n'étaient faites que dans le vagin. Cela dura pendant sept jours, et alors l'auteur vit la malade pour la seconde fois. La fièvre était toujours vive, mais il n'y avait pas de symptômes de péritonite. La malade étant anesthésiée, il agrandit l'ouverture utérine et en lava la cavité avec une solution phéniquée à 1/40e. Il s'en suivit une amélioration sensible jusqu'au deuxième jour où elle fut prise de violentes douleurs abdominales, et mourut douze heures après. L'auteur croit que ces symptômes étaient dus soit à une rupture de la trompe, soit à un abcès de voisinage.

Le Dr Graily Hewitt est convaincu, d'après son expérience, qu'il vaut mieux, dans les cas de rétention, faire une petite ouverture et ne

laisser sortir le liquide que, peu à peu, en permettant ainsi aux parois, souvent amincies, de se rétracter graduellement ; quand le liquide s'écoule trop rapidement, il peut se faire une sorte d'aspiration qui fait pénétrer des matières septiques.

Le Dr Gervis est de l'avis de M. Graily Hewitt, il pense qu'il est très important de laisser le liquide s'écouler lentement, mais on doit avoir recours à des précautions antiseptiques, car le danger qui peut résulter de l'aspiration est moindre que celui de la décomposition du liquide restant.

Le Dr Wynn Williams combat l'opinion de M. Graily Hewitt. Il est d'avis de faire une large ouverture qui donne issue au liquide une seule fois, puis de faire des irrigations utérines avec une solution d'iode, qu'il considère comme le meilleur antiseptique.

Le Dr Champneys a observé un cas de rétention menstruelle dans une moitié d'un utérus double où l'évacuation lente du liquide n'a pas empêché que la terminaison ne fût fatale. L'utérus était adhérent, et, par suite de sa rétraction, il exerça des tiraillements sur l'adhérence, d'où s'ensuivit une rupture de la paroi utérine amincie et mort par péritonite.

Le Dr Carter exprime ses craintes au sujet des injections phéniquées intra-utérines. Il cite l'observation d'une malade qui se trouva dans un état très critique à la suite d'injections d'une solution à 1/80e, faites trois jours après un avortement.

Le Dr Malins croit que l'on peut discuter l'exactitude du diagnostic du Dr Galabin, en raison de l'absence d'autopsie. Les symptômes accusés peuvent se rapporter soit à une hématocèle antérieure, soit à une thrombose du tissu cellulaire. Il a observé des cas analogues où le drainage a réussi, et où il a pu pratiquer la désinfection à l'aide de tubes en plume d'oie. Pour lui, le meilleur antiseptique est la teinture d'iode.

Le Dr Routh n'est pas de l'avis de faire une petite ouverture. Dans certains cas celle-ci se fermait, et il en est résulté de fâcheux accidents. Le procédé qu'il adopte consiste à évacuer le contenu à l'aide d'un aspirateur, de faire des injections iodées matin et soir, en laissant un tube à drainage.

Le Président, M. Mathews Duncan se borne à faire observer qu'il a toujours pratiqué une large ouverture et laissé le liquide s'échapper sans faire d'irrigations. Il n'a jamais eu d'insuccès, et il croit

que dans les cas où la terminaison a été fatale, ce résultat était dû à des injections d'eau chaude pure.

Le Dr Galabin pense que l'évacuation graduelle est préférable quand la quantité du liquide est considérable mais non quand elle est modérée. Dans l'observation qu'il rapporte, il ne croit pas que l'on doive attribuer le résultat fatal aux injections phéniquées ou même à la seconde incision, en raison de l'amélioration qui s'en est suivie dans l'état de la malade pendant quatre jours. Pour lui, il n'a pas eu affaire à une hématocèle, car la tumeur était parfaitement mobile, et le contenu d'une hématocèle ne ressemble pas au liquide couleur de mélasse que l'on observe dans les cas de rétention menstruelle.

(*Séance du 1er janvier* 1882.)

Paul Rodet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Tratado téorico y clinico de enfermedades de mujeres (Traité théorique et clinique des maladies des femmes), par le Dr Antonio Gómez Torres, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Madrid. — 1 vol. de 824 pages et 181 figures. Grenade, 1881.

Devant un ouvrage comme celui-ci, qui semble destiné à servir de texte classique, et qui renferme en même temps les résultats d'une expérience personnelle longue et éclairée, la critique serait insuffisante, si elle ne s'adressait pas au double point de vue auquel l'auteur s'est placé lui-même. Aussi devons-nous, dans l'analyse que nous allons essayer de faire du livre de M. Gómez Torres, tenir compte de sa forme didactique et des idées originales qu'il contient.

Après avoir professé l'obstétrique à Grenade, l'auteur a voulu voir par lui-même ce qui se faisait dans les différents pays, et après avoir ajouté ainsi à sa propre expérience celle des autres, il a tout consigné dans un Traité éminemment classique et d'une incontestable utilité, non seulement pour ses compatriotes, mais pour tous ceux qui cultivent la science gynécologique.

L'ouvrage est divisé en pathologie générale et pathologie spéciale. Suivons l'auteur pas à pas, et commençons par la première de ces deux sections :

Le but des premiers chapitres est de démontrer la nécessité de connaître les changements normaux que subit l'appareil génital pour pouvoir arriver à l'appréciation de ses altérations pathologiques. On y trouvera une description complète des variétés de l'utérus normal, l'étude des signes positifs et négatifs fournis par l'exploration directe, et enfin l'étiologie générale.

Le quatrième chapitre (symptomatologie générale) est un exposé clair et lucide des signes communs à toutes les affections des femmes. L'auteur y insiste tout particulièrement sur les troubles nerveux, sujet auquel il avait déjà consacré un travail spécial (*Gazette médicale de Grenade*, 1870). Les manifestations nerveuses oscillent entre la simple douleur et l'aliénation mentale dont il rapporte une observation, démontrant l'existence d'une variété de folie furieuse et la bénignité de son pronostic. Les affections digestives accompagnent aussi les maladies utérines, et elles présentent des caractères propres qui ont aussi été étudiés par le chirurgien espagnol dans un autre mémoire (*Gazette de Grenade*, 1869).

Après avoir décrit les différentes espèces de spéculums et leur mode d'emploi, l'auteur insiste sur ce fait : que chaque praticien finit par se faire une méthode propre d'exploration, et décrit avec détails celle à laquelle il s'est arrêté. Mentionnons, à titre de curiosité, le fait de l'existence d'un spéculum d'Albucasis à l'Académie de médecine de Séville.

Gómez Torres n'est pas très enthousiaste de l'hystérométrie et s'efforce d'en démontrer les dangers. Il conseille, quand on le croit indispensable, d'appliquer en même temps le spéculum. La dilatation du col, la ponction exploratrice et la descente artificielle de l'utérus sont traitées dans les chapitres suivants. A partir du VIe, nous entrons dans la thérapeutique générale. Dès le commencement, nous y trouvons un énergique plaidoyer contre la doctrine de Lisfranc. Pour Gómez Torres, il n'y a pas de médication s'adressant à toutes les affections de la matrice. Il ne reconnaît qu'un fait général, c'est que, étant des maladies chroniques, elles réclament, pour ainsi dire, un traitement chronique. Tout en étant anatomo-pathologiste, cependant, et après avoir reconnu la nécessité de traiter chaque élément local, il insiste sur les éléments morbides

de Barthez (dynamiques et organiques), qui doivent aussi guider la thérapeutique. De là découle une immense difficulté pour les indications rationnelles, dont l'appréciation demande, ici plus que dans toute autre espèce de maladie, un grand tact thérapeutique, idée que l'auteur développe dans des pages écrites d'une main magistrale.

Nous trouvons ensuite l'étude du régime qui convient à ces sortes de maladies. Le repos et la position y sont tout particulièrement étudiés, car l'auteur attache une très grande importance à leur influence. C'est ainsi qu'il a pu guérir, grâce à la position, et sans opération, une malade atteinte de fistule vésico-vaginale. Cette malade, après avoir été cautérisée, fut placée dans une attitude qui empêchait le contact de l'urine avec la fistule; elle put rester pendant soixante-douze jours appuyée sur les coudes et les genoux, ce qui amena une guérison complète. Si cet exemple ne semble pas devoir être imité, il ne démontre pas moins les ressources que peut offrir la position; car si une fistule vésico-vaginale a pu guérir dans ces conditions, à combien de maladies utérines ne doivent s'appliquer les préceptes de Gómez Torres sur cette méthode thérapeutique!

Bien plus important est encore le chapitre consacré à l'hydrothérapie. L'historique en est très complet, et, à ce propos, l'auteur plaide une revendication de priorité en faveur de la médecine transpyrénéenne. A. Musa aurait introduit l'usage de l'hydrothérapie chez les Romains sous Auguste. Cardoso, Vergara et Ferrer en ont tracé les indications bien avant qu'elle n'ait été employée ailleurs qu'en Espagne (XVII[e] et XVIII[e] siècles); aussi l'amour-propre national de l'auteur ne manque-t-il pas d'éclater devant l'oubli dans lequel sont tombés ses compatriotes. Après avoir comblé cette lacune historique, il se livre à une étude très soigneusement faite des indications de l'hydrothérapie dans les affections utérines, que nous ne faisons que signaler à regret.

Les bains médicinaux, la médication évacuante, les émissions sanguines. l'électrothérapie, la cautérisation, la médication intra-utérine trouvent leur place dans les chapitres suivants, de même que la vésication. Pour pratiquer cette dernière, l'auteur emploie l'acide nitrique; il l'applique directement sur le col au moyen d'un pinceau, et détermine ainsi la formation d'une phlyctène au bout de quelques minutes.

Quant aux moyens mécaniques, voici le résumé de ses idées : la

ceinture hypogastrique est utile, les compresseurs périnéaux nuisibles, et les pessaires doivent être presque absolument proscrits. Faisons toutefois remarquer que cette dernière opinion est appuyée d'une longue et intéressante discussion, où les preuves ne manquent pas, et que, malgré la répugnance que causent au gynécologyste espagnol ces appareils, il les décrit prolixement et trace les préceptes qui doivent guider leur application.

La seconde partie (pathologie spéciale des affections des organes génitaux) se trouve renfermée dans un cadre qui équivaut à peu près à celui de nos auteurs classiques. L'énumération complète de tous les chapitres prolongerait outre mesure notre analyse; aussi ne pourrons nous qu'en indiquer les principaux. Nous aurons toutefois le soin d'insister sur ceux dans lesquels se trouvent des idées originales.

L'autopsie, la physiologie et la pathologie de l'ovaire, ouvrent cette seconde partie. La tendance moderne à faire prendre des médicaments et même des douches pendant la menstruation, est fortement réprouvée par l'auteur. Il n'y a aucun inconvénient, dit-il, à suspendre le traitement, même dans les cas où il semble urgent, et, d'un autre côté, l'application de l'hydrothérapie pendant les règles peut, dans certaines circonstances, être « extrêmement dangereuse. » L'emploi du seigle ergoté est absolument proscrit pendant l'aménorrhée.

Après la description de la rétention du flux menstruel vient celle de la déviation des règles, que l'on pourrait appeler, dit Gómez Torres, complémentaires au lieu de supplémentaires. Il a vu, en effet, le flux menstruel être remplacé par des ecchymoses périodiques des jambes, qui ne durent leur disparition qu'au retour de la fonction cataméniale; dans un autre cas, ce fut un herpès de la région sacrée, qui saignait périodiquement. Ces hémorrhagies complémentaires sont, pour lui, un effet salutaire de la nature. Au chapitre Dysménorrhée, succède celui des métrorrhagies, lequel nous offre, entre autres choses, la description des métrorrhagies essentielles avec preuves à l'appui. Ces hémorrhagies sont rares avant la puberté, mais l'auteur a pu les observer chez une jeune fille de 13 ans, non menstruée. Viennent ensuite les déplacements, la névralgie, la congestion et l'apoplexie de l'ovaire.

L'ovarite est décrite dans le chapitre VII avec tous les développements que comporte cette question si controversée. Des trois doc-

trines qui ont été émises pour expliquer l'ovarite blennorrhagique, sympathie, métastase et propagation, l'auteur soutient cette dernière et nous en donne une observation démonstrative.

Parmi les tumeurs de l'ovaire, nous ne nous arrêterons qu'aux kystes pour signaler une observation de kyste dermique avec poils, dents, os et cartilages en voie d'ossification, chez une femme vierge, preuve évidente, ajoute Gòmez Torres, que les théories de la grossesse extra-utérine et de l'inclusion ne s'appliquent pas à la pathogénie de ces tumeurs ovariennes. Dans le cas auquel nous faisons allusion, l'ovariotomie fut pratiquée avec succès.

Au point de vue du traitement il admet la guérison par ponction simple dans les kystes uniloculaires, mais il se montre surtout partisan très ardent de l'ovariotomie à laquelle il consacre un important chapitre. L'histoire de l'extirpation de l'ovaire en Espagne est assez peu connue en France pour que nous l'extrayons de l'historique que contient le chapitre VIII de cette section, En Espagne, l'ovariotomie passa, au commencement, par les mêmes vicissitudes qu'elle éprouva dans les autres pays.

Soutenue en 1827 par Viguera, qui en démontra la possibilité, elle fut presque proscrite par Arce en 1845, lequel voulait la réserver pour les cas extrêmes. Mais ce n'est qu'en 1867 qu'elle fut exécutée pour la première fois par Frédéric Rubio. Elle a été pratiquée depuis par Creus, Encina, Revueltas, Carrillo et par Gómez Torres lui-même.

Nous laissons de côté les chapitres consacrés aux maladies des trompes, des ligaments larges, et des tissus péri-utérins, pour nous arrêter à celles de la matrice, qui ne sont naturellement considérées que pendant l'état de vacuité de cet organe. L'auteur tient à séparer cliniquement la métrite chronique de la métrite parenchymateuse ou hyperplasique.

Dans la description de celle-ci, on trouvera une observation de paralysie symptomatique. En outre du traitement général, il conseille d'agir localement par les saignées et par le cautère actuel, suivant le procédé de Leblond (*Archives de gynécologie*, 1874) ; à une époque plus avancée, d'appliquer des vésicatoires, de faire la section du col, etc., mais il s'étend plus longuement sur l'emploi de la teinture d'iode, à laquelle il doit de nombreux succès, qui ont été publiés dans la *Gazette médicale de Grenade*.

Pour lui, la métrite externe est tellement liée aux ulcères du col

qu'on ne doit pas séparer ces deux espèces de maladies. Mais si elles marchent toujours ensemble, il ne faut pas en conclure, comme le pensent plusieurs gynécologistes, que leurs symptômes se confondent. Gómez Torres attribue à la métrite des troubles d'ordre réflexe, qui lui appartiennent en propre. Parmi ceux-ci, remarquons la gastralgie. Son existence et son importance ressortent tellement des observations que nous avons sous les yeux, qu'on est en droit de se demander en les lisant, si dans les gastralgies rebelles, le médecin ne doit pas toujours examiner l'état de la matrice.

Dans le chapitre où il traite la descente de la matrice, l'auteur revient sur la position, méthode qu'il emploie presque exclusivement, et rapporte des faits de guérison. Nous ne pouvons nous empêcher de recommander l'article « Version utérine », très clairement exposé, et qui nous offre de nouvelles preuves des inconvénients que présente l'application des pessaires vaginaux et intra-utérins, et l'approbation exclusive des pessaires rectaux. Plusieurs observations de tumeurs utérines attirent l'attention dans les pages suivantes, après lesquelles arrive la description des maladies du vagin. A propos du vaginisme, l'auteur accepte la théorie qui lui attribue comme origine une modification fonctionnelle du centre médullaire, soit centrale, soit périphérique. Il l'admet même pour certains prurits vulvaires qu'il a pu guérir après plusieurs mois de traitements inefficaces, par l'application de teinture d'iode sur la région lombo-sacrée.

Des observations de fistules vésico-vaginales se trouvent dans le chapitre qui leur correspond, et enfin le livre se termine par un exposé rapide des affections des organes génitaux externes.

Nous avons vu que le traité de Gómez Torres contient un ensemble complet des maladies des femmes, et que certains de ces chapitres peuvent être considérés comme de véritables monographies. Ajoutons que son apparition est un véritable événement dans un pays où la presque totalité des livres classiques sont importés de l'étranger.

L'idée dominante que nous avons cru saisir dans ces pages, dont la conception n'est pas le moindre mérite de l'auteur, est que la chirurgie ne peut pas être transportée intégralement d'un pays à un autre ; que la pratique américaine, par exemple, que Gómez Torres qualifie quelque part « d'*agressive* », ne peut être appliquée au peuple espagnol sans subir des modifications. Nous terminerons par cette simple remarque qui nous semble de nature à faire entrevoir l'esprit

original dans lequel le livre a été conçu, et le rang qu'il est destiné à occuper parmi les publications utiles de notre époque.

Dr MARCANO.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi de l'iodoforme dans les ovatoriomies, par le Dr Léon LEOSCHIN, professeur de chirurgie à Kasan. — Il n'y a peut-être pas de médicament qui se soit répandu aussi rapidement dans la pratique chirurgicale que l'iodoforme. Cet antiseptique présente les avantages suivants : sa dissolution est très difficile et n'a lieu que dans les matières grasses de l'organisme ; grâce à cette propriété, il reste longtemps dans la plaie dont la cicatrisation peut se faire sous une croûte antiseptique.

Ces faits sont si évidents que l'on doit s'étonner que l'emploi de l'iodoforme en chirurgie ne se soit généralisé que cette année.

L'iodoforme est-il toxique ? Provoque-t-il une réaction de l'organisme ? Ces questions sont d'un haut intérêt, et je tiens à exposer ici quelques points sur ce sujet. Je n'ai introduit l'usage de l'iodoforme dans ma clinique qu'au mois de septembre dernier (au commencement de notre année scolaire) ; aussi le nombre d'observations que j'ai à présenter est-il fort restreint. Je n'ai que quatre cas d'ovariotomies, à savoir : trois kystes proliférants et un kyste dermoïde. Cependant cette communication, basée sur un aussi petit nombre de faits, me semble être justifiée par l'absence complète de manifestations d'intoxication générale et dans ces laparotomies et dans dix-sept autres opérations (deux amputations de jambes, une de cuisse, une résection de côte, une de la tête du fémur, une du genou, une du coude, trois cas de rugination d'os malades dont deux tuberculeux, deux amputations de seins cancéreux, une destruction d'un kyste volumineux de la cavité buccale ; enfin quatre cas d'extirpation de tumeurs de différentes natures.

La quantité d'iodoforme introduit dans le corps de ces ovariotomies, ne fut pas déterminée d'une manière précise ; à deux reprises le tronçon du pédicule de l'ovaire fut recouvert de cette poudre ;

la première fois aussitôt après l'amputation du kyste, la deuxième fois après la toilette complète du péritoine.

Dans chacun de ces cas la quantité d'iodoforme employée fut suffisante pour recouvrir, sous une épaisse couche de poudre, toute la surface de section du pédicule ainsi que les ligatures. On saupoudra également d'iodoforme toute la superficie de la paroi abdominale, de l'épiploon et de la masse intestinale dont les adhérences avaient été détruites ; bref, toutes les parties du péritoine mises en contact des doigts ou des instruments. Chaque ligature en fut recouverte, ainsi que la plaie extérieure préalablement suturée. Le pansement fut complété par des morceaux de gaze de Lister, un grand coussin de Neuber et une grosse éponge désinfectée destinée à exercer une puissante pression.

Sur ces quatre ovariotomies, trois fois la maladie se passa sans aucun accident et sans aucune réaction fébrile, et la plaie se cicatrisa sous un pansement unique qui fut remplacé par un simple bandage de diachylum au 16e, 17e et 20e jour.

Lorsqu'on levait le pansement il s'exhalait une forte odeur d'iodoforme, et sur la cicatrice linéaire on trouvait encore une assez grande quantité de poudre.

Dans un de ces trois cas l'opération fut très laborieuse. Un kyste de moyenne grosseur, suppuré, avait contracté des adhérences avec les parties voisines sur presque toute sa superficie. On dut sectionner un grand nombre d'adhérences et en faire la ligature. Lors de la ponction du kyste avec le trocart de Spencer Wells, la paroi du kyste, extraordinairement friable, se déchira et on ne put pas empêcher qu'une assez grande quantité du liquide purulent du kyste ne se répandit dans la cavité abominale. Aussi dut-on nettoyer très soigneusement la cavité péritonéale avec des éponges phéniquées, et employer beaucoup d'iodoforme. Dans le quatrième cas d'ovariotomie, la malade fut atteinte de périmétrite ; elle est encore actuellement en traitement (trente-deux jours après l'opération du kyste dermoïde).

Dans les autres opérations, je n'ai observé que deux fois des manifestations qui retardèrent le rétablissement des malades. Après l'ablation d'une énorme tumeur graisseuse et une amputation de sein, survint une hémorrhagie secondaire parenchymateuse sous un lambeau de peau. Dois-je rapporter cette hémorragie à l'influence de l'iodoforme ? Car, deux jours après l'opération, quelques ecchymoses,

se manifestèrent en deux endroits éloignés de la plaie ; il n'y avait pas d'altération du sang, d'anémie profonde, ou autre cause capable d'expliquer ce phénomène.

Le prix élevé de l'iodoforme se compense par l'économie dans les autres pièces du pansement ; car c'est un point à prendre en considération dans nos services hospitaliers. Chez nos malades les plaies furent saupoudrées d'iodoforme et recouvertes d'un simple pansement sec composé d'une gaze écrue et non apprêtée, que l'on peut se procurer à très bon marché.

Dans quelques cas nous cherchions à arriver au même résultat, en nous servant d'un mélange de borax et d'iodoforme.

Nous sommes très satisfait jusqu'à présent du résultat de l'emploi de l'iodoforme.

(*Centralblatt für chirurgie*, 1882, n° 2.)

D[r] Albert VEILLARD.

VARIÉTÉS

Dernière réponse à un professeur de Faculté catholique étrangère.

Un professeur, d'une Faculté catholique étrangère (surtout à l'obstétrique), qui a déjà été pris ici en flagrant délit *de bonne foi cléricale* et avec lequel, par conséquent, on ne discute plus, vient de publier une petite brochure, afin de démontrer, par A + B et le parallélogramme des forces, que les fœtus dont j'ai fait l'extraction, avec le forceps, dans des rétrécissements, avaient dû être refoulés dans le ventre pour sortir « par l'oreille de la mère » plaisanterie du crû et qu'on ne trouverait pas à Paris.

Dans cette brochure, aimable tissu d'inepties, l'auteur prétend « qu'il faut être très fort en physique pour s'engager dans des figures géométriques, dont on ne connaît pas les détours. » Cette citation suffira pour donner l'idée du reste.

De plus, le nouvel Édison, de Louvain, n'a pas hésité à nous faire part d'une merveilleuse découverte, en deux paragraphes :

« 1° Que pour extraire un corps d'un canal, la traction dans l'axe est la plus facile et cause le moins de pression possible sur les parois de ce canal ; »

2° Que, comme conséquence, « plus les tractions se rapprochent de la perpendiculaire à l'axe, plus les résultats précédents sont contraires. »

Qui donc, en France, se serait jamais douté de ces vérités aussi lumineuses qu'étonnantes, à part M. de la Palisse.

Quand, dans la figure (page 140), j'ai indiqué la direction des tractions, si j'avais voulu donner une idée hypothétique de la proportion des forces appliquées à chacune d'elles, j'eusse mis, par exemple, 20 kilogrammes à la direction (A) qui agit en *bas et en arrière*, le quart ou le cinquième à la direction (B) qui *bascule* la tête et aide le mouvement *vers le sacrum*, et à peu près autant, à la direction (C) qui tire *en avant*. Bien entendu, chacune de ces forces ayant son moment d'action aux diverses hauteurs de la tête, et même se combinant, selon les nécessités.

En n'indiquant pas la distribution et la proportionnalité des forces je comptais, avec raison, sur la perspicacité de mes lecteurs, mais, je l'avoue, je n'avais pas prévu la chance inespérée d'être lu par un accoucheur de Faculté catholique.

Si j'avais pu penser devoir subir cet honneur, j'aurais donné à mes flèches la longueur proportionnelle et expliqué le procédé, sous trois ou quatre formes encore, sans m'illusionner cependant jusqu'à croire que cela dut suffire.

Car ce bon clérical, « très fort en physique, » n'a pas même eu l'intelligence de reconnaître dans la manœuvre conseillée (1), le *principe* de l'accoucheur (*cité*) (2) du même nom que le sien. Le procédé seul est modifié, le précédent étant défectueux au point de vue de la pression proportionnelle à la traction (3), mais je n'ai pas l'espérance de faire comprendre cela au « fort en physique. »

---

(1) PAJOT, *Travaux d'obstétrique et de gynécologie*, pages 139, 254, 270.

(2) Id., page 251.

(3) HUBERT, LE PÈRE, homme intelligent, quoique catholique (ce qui suffit à démontrer la fausseté du vieil adage : *Talis pater ....*) avait judicieusement appliqué la force le plus près possible des organes externes. C'est le principe que je n'ai cessé de défendre contre Tarnier et ses tractions sur les extrémités des branches; mais les deux mains touchant la vulve, procédé d'HUBERT LE PÈRE, *excellent* pour appliquer la plus grande force de traction dans le point le plus favorable à la bonne direction suivant l'axe, était *défectueux* au point de vue de la pression *proportionnelle à la traction*. La proportion est beaucoup plus facilement obtenue avec une main aux crochets, le grand effort de traction avec l'autre main restant toujours à la vulve. Les raisons en sont si évidentes, qu'elles n'échapperont, *peut-être*, pas même « *au fort en physique* ». Il est vrai qu'on perd de la force pour l'abaissement et la des-

Cette manœuvre, dont le but est rationnel, destinée à faire descendre la tête, tout en la portant en arrière (au-dessus du détroit) a peut-être bien été comprise par l'honorable élève des bons pères, qui retranchait (le pauvre homme !), par erreur, « *déchirure diagnostiquée avant l'opération* » dans une observation de céphalotripsie ; mais en paraissant ne pas comprendre, le « fort en physique » se fournissait l'occasion de ces délicieuses et spirituelles bouffonneries de cent kilos dont il conserve — heureusement — le secret.

Il est inutile de se donner la peine de répondre sérieusement à ce fatras ridicule, avec planches. Tout accoucheur instruit le réfutera en le lisant, si on le lit.

Pourtant, si réellement l'auteur de la brochure, après mes explications répétées, n'avait pas compris, ce qui est fort possible, comme ici, en France, aujourd'hui, tout le monde obstétrical a parfaitement saisi la manœuvre, il ne me resterait plus qu'à engager notre estimable belge à se faire expliquer le français.

Quant aux leçons « *de physique pour comprendre la géométrie* » qui me sont offertes par l'accoucheur catholique, je demande l'autorisation de choisir mon maître et je le veux moins belge clérical que cela. Prof. PAJOT.

Voilà déjà plusieurs fois que ce professeur, par la grâce de Dieu, essaie d'engager des polémiques avec les *Annales de gynécologie*, espérant faire un peu de bruit. Nous le prévenons qu'il perd son temps. Nous avons déjà refusé sa prose, nous l'engageons de nouveau à continuer d'en illustrer sa localité.

Il est donc bien entendu, une fois pour toutes, que cette réponse est la dernière. P.

---

cente de la tête, mais combien la solidité de la prise est augmentée et les chances de glissement diminuées, dans les extractions difficiles.

D'ailleurs, le léger mouvement de bascule imprimé par la main aux crochets, compense la perte de force dans une certaine mesure et rend plus facile le mouvement *en arrière*, nécessaire pour l'engagement dans le détroit supérieur, surtout dans les rétrécissements. Ces explications sont données pour nos lecteurs et non pour l'accoucheur catholique qui arrivera, au jour où il se fera MUNIR, et n'aura certainement pas encore compris !

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Success^r, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

OPÉRATION CÉSARIENNE

SUIVANT LE PROCÉDÉ DE PORRO, CHEZ UNE MALADE PRÉSENTANT UNE CYPHOSE DORSALE AVEC RÉTRÉCISSEMENT TRANSVERSAL DU DÉTROIT INFÉRIEUR ET TOUT LE BASSIN OBLIQUE OVALAIRE, PRATIQUÉE LE 22 MAI 1881.

Par le Dr Ambroise Guichard,

Professeur suppléant d'accouchements, à l'Ecole de médecine, chirurgien adjoint de la Maternité d'Angers.

Depleix (Marie), âgée de 25 ans, couturière, est le septième enfant de la famille, ses frères et sœurs sont tous bien conformés. Envoyée en nourrice à la campagne, elle y est restée pendant huit mois; ses parents l'en on retirée, parce que l'enfant venait mal et n'était pas bien soignée; elle était, lui avait dit sa mère, couverte d'une éruption avec croûtes et suppuration.

Malgré los soins de ses parents, elle ne grandit pas ; elle ne marchait que portée ou aidée par sa mère; ce n'est qu'à l'âge de 12 ans qu'elle put marcher seule; cependant ello était bien conformée dans son jeune âge; à partir de 5 à 6 ans, la déformation actuelle de sa taille aurait commencé, et à 12 ans, elle était aussi contrefaite qu'aujourd'hui.

En dehors des déformations apparentes du squelette, que nous étudierons tout à l'heure, elle eut dans son enfance des inflammations répétées des yeux, et sur beaucoup de points du corps, elle porte les traces de périostites suppurées. Ainsi l'on constate des cicatrices d'un rouge violacé et adhérentes aux os à la partie externe des orbites; — sur le maxillaire inférieur à droite au niveau des deuxièmes grosses molaires; — dans la région sous-maxillaire droite et gauche; aux deux coudes; au niveau de l'articulation du pouce gauche avec le premier métacarpien, et du cinquième métacarpien avec le carpe; aux deux malléoles des deux jambes. Ces lésions variées paraissent de nature scrofuleuse.

Examen du 6 *janvier*. — Nous étudierons d'abord ce qui a trait à la conformation extérieure de la malade, puis nous traiterons des signes de la grossesse.

La *taille* de Marie Depleix attire tout d'abord notre attention; elle mesure 1 m. 08 c.; elle n'a pas les caractères de la taille d'une naine. Les extrémités inférieures sont grêles, bien conformées, sans courbure anormale des tibias ou des fémurs, elles présentent une longueur relative considérable par rapport à la hauteur générale; ainsi du grand trochanter au calcanéum, elles mesurent 0 m. 75 centimètres, il ne reste donc que 0,33 centimètres pour le thorax, le cou et la tête.

C'est à la déformation de la colonne vertébrale qu'est dû l'aplatissement de la partie supérieure du tronc, aplatissement, tel que la crête des os iliaques vient se placer à quelques travers de doigt au-dessous de chaque aisselle.

La colonne vertébrale présente au niveau de la huitième vertèbre dorsale une courbure presque angulaire à convexité

postérieure, *cyphose dorsale;* cette courbure a entraîné des déformations compensatrices des côtes en avant; le sternum est plus saillant, ce qui fait que les seins proéminent fortement, et que les espaces intercostaux sont sensiblement diminués. Les organes thoraciques et abdominaux sont par suite soumis à compression de haut en bas.

Les membres supérieurs sont longs, grêles, et n'offrent aucun vice de courbure des os.

Passons aux signes de la grossesse.

Marie Depleix avait été réglée à 17 ans; ses règles, très peu abondantes, ne duraient que deux jours; elles apparaissaient régulièrement tous les mois, souvent avec quelques jours de retard; elles donnaient lieu à de violentes douleurs de reins.

Elle fut réglée la dernière fois le 28 juillet 1880, et d'après son dire, que des renseignements ultérieurs nous font accepter sous toutes réserves, elle n'aurait eu des rapports sexuels de vive force que le 22 et 25 août; depuis cette époque ses règles n'ont jamais reparu.

Dans les premiers mois qui suivirent, Marie Depleix eut quelques vomissements; voyant son ventre grossir, elle alla consulter M. le Dr Guignard, qui diagnostiqua la grossesse, et lui donna le conseil d'aller à la Maternité, où elle entra le 1er janvier 1881.

Les seins sont assez développés; le mamelon bien conformé, entouré d'une large auréole brune, dans laquelle font saillie les tubercules de Montgomery; il sort à la pression une grande quantité de colostrum.

Le ventre présente une forme remarquable : il représente une poche de bissac, retombant au devant de la symphyse pubienne; l'ombilic est entraîné en bas; la vulve est complètement cachée, il faut soulever la tumeur pour l'apercevoir, et pour pratiquer le toucher; tout cela donne à la femme, vue de profil, un aspect des plus bizarres.

La palpation permet de constater les mouvements actifs d'un fœtus, placé dans cette poche formée par l'utérus, poche située en dehors de la cavité abdominale, et que la petitesse de cette

cavité, due à l'affaissement de la colonne vertébrale, et au rapprochement de l'appendice xiphoïde de la symphyse pubienne ne permet pas de contenir; cette situation tout extérieure du fœtus explique que la malade n'éprouve pas de gêne de la respiration plus grande qu'en dehors de la grossesse; les mouvements actifs ont été perçus par elle pour la première fois le 30 décembre et du côté droit de la tumeur.

L'auscultation nous permet de constater les battements du cœur fœtal en avant, à droite près de la ligne médiane.

Le toucher, comme nous le disions, ne peut être pratiqué qu'avec certaines précautions; l'on est obligé de relever la tumeur pour découvrir la vulve et de plus, par suite de la déformation de la symphyse pubienne et des branches ischio-pubiennes, l'orifice vulvaire regarde en avant et un peu en haut.

L'indicateur pénètre à travers un orifice vulvaire assez étroit dans un vagin assez dilaté en ampoule supérieurement; on trouve au fond un col primipare ramolli dans sa moitié inférieure, ayant toute sa longueur; l'orifice externe regarde la concavité du sacrum; le col est couché horizontalement, et son extrémité supérieure est en rapport avec la partie supérieure de la symphyse pubienne; tout le corps de l'utérus a été entraîné en dehors de la cavité abdominale, et est contenu dans cette poche en bissac dont nous avons parlé.

Le toucher nous permet d'apprécier de suite certaines particularités touchant les dimensions du bassin, qui devait nécessairement se ressentir de la déviation de la colonne vertébrale.

Le doigt ne pouvant pas atteindre l'angle sacro-vertébral, et se mouvant facilement dans l'excavation, nous en concluons qu'il n'y a pas de rétrécissement antéro-postérieur du *détroit supérieur*, et qu'aucune tumeur ne gênait le développement de l'utérus dans le petit bassin.

Quant au *détroit inférieur*, l'on constate un rapprochement considérable des deux tubérosités ischiatiques; en déprimant la fourchette, deux doigts placés horizontalement mesurent le degré de rétrécissement transversal, soit 3 cent. 5 à 4 cent.

De plus les deux tubérosités ne sont pas sur le même plan;

la droite est plus élevée que la gauche ; la pointe du coccyx est fortement portée en avant, et regarde à gauche du bassin ; le détroit inférieur est donc très irrégulier dans sa forme générale. C'est sur lui que porte la déformation considérable du bassin; là est l'obstacle absolu à l'expulsion du fœtus.

La *mensuration externe* pratiquée avec le compas de Depaul, nous a fourni les dimensions suivantes :

Entre les épines iliaques antéro-supérieures...........	24 c.
» » » antéro-inférieures...........	17 c.
Entre le milieu des crêtes iliaques....................	25 c. 5.
De la partie supérieure de la symphyse à la première apophyse épineuse du sacrum..................	17 c.
De l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'épine iliaque postéro-supérieure gauche................	18 c.
De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'épine iliaque postéro-supérieure droite..............	20 c.

Nous avons mesuré la distance qui sépare l'appendice xiphoïde de la partie supérieure et nous avons trouvé..... 9 centimètres; quand la malade est debout, l'appendice xiphoïde et le pubis sont presque sur la même ligne verticale.

Le 9 janvier, M. le professeur Guignard provoqua une consultation de nos honorables confrères les Drs Dezanneau, Farge, Jagot; à laquelle nous assistions, pour décider quel parti il y avait lieu de prendre à l'égard de Marie Depleix.

Des signes que nous venons d'exposer, l'accord a été unanime sur le diagnostic d'une grossesse de 4 mois à 4 mois et demi, d'un rétrécissement transversal du détroit inférieur de 3 centimètres et demi à 4 centimètres, et sur la conclusion que l'expulsion du fœtus à terme serait impossible.

Quant au parti à prendre les avis furent partagés.

Les uns optèrent pour l'avortement provoqué, les autres pour l'opération césarienne; ces derniers auraient peut-être été partisans de l'avortement provoqué dans les deux ou trois premiers mois, mais aujourd'hui que la grossesse est arrivée à près de 5 mois, que les mouvements actifs et les battements du cœur du fœtus, sont perçus d'une façon indiscutable, ils préfèrent

une opération qui aura la chance de sauver la mère et l'enfant; de plus, en raison de la situation de l'utérus gravide hors de la cavité abdominale, il n'y a pas de gêne de la respiration, pas d'œdème des extrémités inférieures; en résumé aucune complication sérieuse de la grossesse. L'on peut aussi se demander si l'avortement ne présentera pas de très grandes difficultés; le col est difficile à atteindre, l'utérus est en antéflexion très prononcée; si l'on arrive à provoquer le travail, comment se fera l'expulsion d'un fœtus de cinq mois, déjà assez volumineux, à travers un détroit inférieur très rétréci? En admettant même que son expulsion se fasse, quoique gênée, la malade, pendant ce temps et pendant la délivrance et les suites de couches, ne se trouverait-elle pas dans des conditions favorables à la septicémie? C'est pour ces raisons que la majorité a été d'avis qu'il y avait lieu de laisser aller la grossesse jusqu'à son terme.

La malade, du reste, à qui l'on avait exposé la situation, rejeta absolument toute opération qui aurait pour but de sacrifier son enfant.

Quelques jours après, elle quittait la Maternité et rentrait chez elle.

Marie Depleix reprit ses travaux, et sa grossesse continua à marcher, sans présenter aucun symptôme pathologique.

D'après les renseignements qu'elle nous avait donnés sur l'époque probable de la conception, nous admettions que le terme des neuf mois de la grossesse arriverait du 22 au 25 mai.

La malade restait toujours décidée à subir une opération qui lui permît d'avoir un enfant vivant; elle ne voulait pas rentrer à l'hôpital et prétendait accoucher chez elle. Nous lui démontrâmes que cela était impossible et, en usant de beaucoup de diplomatie, nous parvînmes à la faire entrer le 9 mai dans une maison de santé, où nous nous étions assuré à l'avance qu'elle rencontrerait tous les soins désirables et les meilleures conditions hygiéniques.

Examen du 10 mai. — Nous ne reviendrons pas sur les

signes que nous avons donnés plus haut ; nous ne parlerons que des particularités nouvelles résultant de l'époque avancée de la grossesse.

L'*inspection* montre que le ventre s'est notablement développé ; il descend en besace à cinq travers de doigt au-dessus des rotules, et l'extrémité inférieure de la tumeur n'est qu'à 50 centimètres du plan horizontal.

Voici quelques dimensions prises au pelvimètre, qui donneront une idée de son volume :

De l'appendice xiphoïde à la partie inférieure de la tumeur...				24 c.
Diamètre antéro-postérieur de la tumeur, à sa partie moyenne...				20 c.
Diamètre transversal	»	»	»	21 c,

Ces dimensions représentent à peu près celles de l'utérus gravide en antéflexion, car la paroi abdominale distendue est très amincie (la malade n'avait pas voulu suivre notre conseil de porter une ceinture, qui aurait pris son point d'appui aux épaules) ; la cicatrice ombilicale est déplacée ; on ne la voit pas à la face antérieure quand la malade est debout, elle est remontée sur la face postérieure et regarde en arrière.

La *palpation* fait percevoir les mouvements actifs du fœtus, permet de déterminer sa situation; la tête est en haut et à droite, le dos à droite, et les pieds en haut et à gauche.

L'*auscultation* donne les battements du cœur fœtal à droite; ils battent 128 à 132, ceux de la mère étant à 92 ; on ne perçoit pas de souffle.

Le *toucher* est presque impraticable ; il faut soulever la tumeur, ce qui détermine des tiraillements douloureux pour la malade, et, quand on a pénétré dans le vagin, on atteint avec peine le col qui est très élevé et est ramolli ; il n'y a rien à noter que nous n'ayons dit au précédent examen.

Nous étions arrivé au terme de la grossesse ; étant donné le rétrécissement infranchissable du détroit inférieur; l'enfant étant vivant et la mère dans de bonnes conditions morales et générales, l'opération césarienne était la seule indication rationnelle.

Restait à faire le choix de la méthode.

Devait-on pratiquer l'opération césarienne suivant la méthode ancienne, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques actuelles, ou devait-on pratiquer l'opération césarienne, suivie de l'amputation de l'utérus et des ovaires, ou opération de Porro?

Après avoir pris les conseils de M. le professeur Tarnier, de nos amis Chantreuil et Lucas-Championnière, nous résolûmes de faire l'amputation de Porro.

L'opération eut lieu le 22 mai 1881, en présence et avec l'assistance de nos honorables confrères d'Angers, MM. Briaud, Dezanneau, Feillé, Guichard père, Guignard, Grille, Gripat, Jagot, Larivière, Legludic, Lieutaud, Meleux, Motais; notre excellent maître, le Dr Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, et le Dr Leblond, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*, nous avaient fait l'honneur d'y assister.

Que tous nos confrères veuillent bien recevoir l'expression de toute notre gratitude pour leurs excellents conseils et leur appui moral dans une opération de cette importance.

OPÉRATION, 22 mai 1881. — *Soins préliminaires.* — Marie Depleix était entrée depuis le 9 mai dans une des maisons de santé de la ville, où l'hygiène ne laisse rien à désirer; elle habitait dans un pavillon séparé une chambre bien aérée, et elle devait être transportée dans une autre après l'opération.

Nous lui fîmes donner un laxatif cinq jours auparavant, deux grands bains savonneux, des injections vaginales phéniquées; l'abdomen et les parties génitales furent lavés largement le matin à la solution forte de Lister; un grand lavement simple, légèrement phéniqué, fut aussi donné; l'on vida la vessie avec la sonde.

En raison de la petite taille de la malade, une table servit de lit. Nous avions fait mettre sous le matelas un second dessus de table en planches légères, qui devait nous permettre de transporter plus facilement la malade dans son lit après l'opération.

Les membres inférieurs de la malade furent enveloppés avec de la ouate et de la flanelle et le tronc avec une camisole de flanelle.

Tous les instruments qui peuvent servir sont passés à la solution phéniquée; l'opérateur et les aides font également des ablutions; le pulvérisateur à vapeur est installé au-dessus de la patiente à une certaine distance.

Le chloroforme est donné; la malade est maintenue, les cuisses fléchies et relevées, par deux aides, pendant que deux autres aides relèvent la tumeur abdominale en redressant l'utérus.

Incision de la paroi abdominale. — D'après le conseil de notre ami Lucas-Championnière, désirant conserver le pédicule utérin le plus long possible, nous commençons notre incision au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, et nous l'arrêtons inférieurement à cinq travers de doigt au moins de la partie supérieure du pubis; comme notre incision, qui doit mesurer 16 centimètres, n'est pas suffisante, nous l'allongeons supérieurement avec de forts ciseaux, en contournant à gauche la cicatrice ombilicale, et, après avoir regagné la ligne médiane, en suivant encore cette ligne de plusieurs travers de doigt en haut.

Nous pensons inutile d'insister sur ce point que notre incision a été faite couche par couche, sur la ligne médiane, entre les muscles droits, et que nous avons incisé le péritoine sur la sonde cannelée après lui avoir fait une boutonnière; deux pinces hémostatiques ont suffi pour arrêter l'écoulement de sang provenant de veinules de la paroi abdominale.

Incision de l'utérus et extraction du fœtus. — Nous avons commencé par faire sur la face antérieure de l'utérus une incision superficielle de 5 à 6 centimètres, ne comprenant que le péritoine et les faisceaux musculaires superficiels, et, ainsi que M. le professeur Tarnier nous l'avait conseillé, avec l'indicateur, s'enfonçant rapidement par un mouvement de demi-rota-

tion à droite et à gauche, nous avons facilement pénétré dans la cavité utérine sans déterminer aucun écoulement de sang; puis avec de forts ciseaux mousses nous avons agrandi promptement par en haut et par en bas l'incision utérine; en bas, nous nous sommes arrêté au bord de l'insertion placentaire qui, par hasard, devait faire notre limite inférieure; en somme, l'incision utérine a été à quelques millimètres, par en haut et en bas, de même longueur que l'incision de la paroi abdominale.

En même temps que la paroi utérine, les membranes de l'œuf furent ouvertes, et un flot de liquide amniotique s'écoula sans qu'il en pénétrât dans l'abdomen. La palpation nous ayant fait reconnaître avant l'opération la présence des pieds à gauche, nous sommes allé les chercher à l'endroit connu; nous avons saisi les deux jambes au-dessus des malléoles, et nous avons rapidement amené au dehors, sans que la sortie de la tête présentât de résistance appréciable, un enfant du sexe masculin, bien vivant (1), et qui n'a pas tardé à pousser son premier cri; la double ligature du cordon fut aussitôt faite, et l'enfant confié à la maîtresse sage-femme de la Maternité, Mme Besson.

Immédiatement nous introduisons de nouveau la main dans la cavité utérine, et nous allons décoller le placenta qui était inséré en bas de l'incision sur la paroi antérieure de l'utérus; la délivrance se fit sans aucune difficulté.

Un écoulement de sang très modéré suivit l'extraction du placenta; la paroi utérine ne donna lieu, pendant ces deux temps, exécutés plus rapidement que nous n'en mettons à les décrire, qu'à une très minime perte de sang; mais afin d'être complètement maître de la situation, nous appliquons sur les points de la paroi utérine, dont les sinus étaient béants, deux pinces à kyste, et pour être à l'abri d'une hémorrhagie par la surface placentaire, après avoir attiré l'utérus au dehors de la

(1) L'enfant pesait 2 k. 750. Au moment de la présentation de cette observation, l'enfant est en nourrice et se porte à merveille (mai 1882).

cavité abdominale, nous serrons le corps de l'utérus avec un fort tube de caoutchouc préalablement phéniqué, et faisons autour de l'organe une véritable ligature élastique ; tout écoulement de sang fut alors complètement arrêté.

Amputation de l'utérus et des ovaires; formation du pédicule. — Lucas-Championnière nous avait conseillé de conserver la plus grande partie possible de l'utérus et de faire deux ligatures séparées et latérales de l'utérus, au lieu d'une ligature totale, afin d'éviter la constriction excessive de l'organe utérin. Dans ce but, le fabricant Mariaud nous avait envoyé une broche formée de la soudure de deux fils de fer, soudure à laquelle on avait fait à la lime une pointe très acérée.

Nous faisons pénétrer la pointe de la broche d'arrière en avant, sur la ligne médiane, à l'union du tiers inférieur du corps de l'utérus avec les deux tiers supérieurs ; la broche traverse facilement, puis nous coupons les deux chefs des fils de fer, qui sont ainsi rendus libres, et chaque fil est monté séparément sur un constricteur de Cintrat. L'utérus est ainsi serré suivant ses deux moitiés latérales ; chaque fil a été passé au-dessous de la trompe et de l'ovaire de chaque côté.

La constriction est faite progressivement, notre ligature élastique est enlevée, et nous faisons la constriction des fils de fer jusqu'à ce que nous soyons assuré qu'il ne s'écoule plus de sang de la paroi utérine et de l'insertion placentaire.

Nous faisons alors, avec un petit couteau à amputation, à un travers de doigt environ au-dessus de nos fils de fer, l'excision du corps de l'utérus, des ovaires et des trompes ; la partie réséquée pesait 500 grammes.

Nous procédons alors à la *toilette du péritoine* à l'aide de petites éponges montées ; c'est à peine si nous extrayons quelques caillots sanguins insignifiants, la paroi abdominale avait été si bien maintenue par les aides, qu'il n'était pénétré ni sang, ni liquide amniotique dans la cavité abdominale.

Restait la suture abdominale ; avec l'aiguille de Startin, nous passons au-dessus du moignon utérin, placé dans l'angle infé-

rieur de l'incision abdominale et attiré au dehors, six points de suture profonde, et nous serrons les anses de nos fils d'argent; la dernière étant très rapprochée du moignon, la longueur de la suture mesure seulement 6 cent. 5.

Nous faisons ensuite deux points de suture superficielle avec du fil d'argent fin, près de l'ombilic.

L'ouverture abdominale était donc complètement fermée; il fallait maintenir le pédicule au dehors et l'empêcher, après la section des fils de fer, de rentrer dans le ventre; nous plaçons deux broches de fer en croix et nous coupons les pointes ; nous n'avons pas placé de point de suture au dessous du pédicule.

Pansement. — Nous lavons la paroi abdominale, les parties génitales externes et la partie supérieure des cuisses; nous badigeonnons le moignon utérin avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer à 30°, et nous l'asséchons avec soin.

Nous procédons ensuite au pansement de Lister : protective, gaze phéniquée, ouate salicylée, le tout recouvert d'épaisses couches d'ouate, destinées à faire compresses et à mettre la plaie à l'abri de l'air; nous maintenons le tout serré avec un large bandage de corps en flanelle.

La malade est ensuite portée dans son lit, préalablement bassiné, et nous lui faisons prendre un peu de chartreuse.

L'opération et le pansement n'avaient duré que soixante minutes.

L'enfant est transporté à la Maternité où, dès le jour même, il est allaité par la nourrice du service.

Soins consécutifs, 22 *mai*, 4 heures du soir. — A trois heures et demie, la malade se sent mouillée et prévient la garde qui s'aperçoit que le drap de garniture et les pièces de pansement sont teints de sang.

A ma visite, je trouve la malade pâle; l'hémorrhagie continue; je me décide à lever le pansement, et à le refaire en prenant toutes les précautions antiseptiques.

Je trouve le pédicule utérin recouvert d'un caillot peu épais et noir, résultant du contact du perchlorure de fer, et je vois du

sang noir sourdre goutte à goutte et en nappe sur le caillot à sa partie inférieure.

Le caillot est enlevé avec soin, et le sang sort sur toute la surface ; afin d'éviter cette hémorrhagie, je passe un tube de caoutchouc, qui m'avait déjà servi le matin pour faire la constriction de l'utérus après la section césarienne autour du pédicule, au-dessous des anses métalliques ; je fais deux tours assez serrés, je noue les deux bouts et les arrête avec un fil. L'hémorrhagie s'arrête immédiatement, je lave la surface avec la solution phéniquée, et refais le pansement en règle.

La constriction élastique du pédicule n'amène chez la malade aucune douleur, et afin de relever les forces qui tendaient à faiblir, nous lui prescrivons de l'eau-de-vie avec de la glace par petites cuillerées à café ; depuis l'opération, la malade a pu prendre du bouillon, du lait, du café sans avoir aucune envie de vomir.

Je fais uriner la malade au moyen d'une sonde de gomme conduite sous l'indicateur, et je dois dire qu'en raison de la déformation vertébrale, de l'attitude qui en résulte et de la conformation de l'arcade pubienne, j'ai été obligé de tâtonner quelques instants pour la sonder ; la malade se sent très soulagée.

Pouls à 96, Température 37. Malgré la perte, le pouls n'est pas petit.

9 heures du soir. — Pouls à 96, Température 37, Respiration, 28. Etat général aussi satisfaisant que possible.

La malade se plaint seulement d'une douleur assez vive dans le flanc gauche, douleur qui est exaspérée par la pression sur le pansement, mais qui est supportable ; le ventre n'est pas ballonné.

Je sonde la malade, et contre les maux de cœur qu'elle éprouve, je fais continuer la glace ; de plus, je fais donner toutes les deux heures une pilule de 1 centigramme d'extrait thébaïque.

23 *mai*, 7 heures du matin. — La malade a dormi une heure et demie ; elle a parfaitement supporté toutes les boissons qu'on lui a fait ingérer ; elle n'a pas eu de vomissements bilieux,

mais elle dit que ça lui porte au cœur; elle rend des crachats salivaires et muqueux.

Le facies n'est pas grippé ; il est moins pâle qu'après l'hémorrhagie de la veille. Pouls à 108. Température 37°2, mouvements respiratoires, 36.

La malade est sondée ; il sort une quantité assez grande d'urine, ce qui procure un soulagement marqué.

Le pansement est parfaitement maintenu en place et il ne s'est pas produit le plus léger écoulement séreux ou sanguinolent à la surface du pédicule.

2 heures du soir. — La malade est sondée. Etat général et local toujours très satisfaisant.

9 heures du soir. — Pouls à 120. Température 37°7. Respiration 36.

La malade se plaint de dyspnée assez vive et de maux de cœur; elle demande constamment de la glace qu'elle prend avec plaisir et qui lui procure un peu de calme; car elle est reprise de nausées incessantes avec renvoi de gaz inodores, et rejet d'un peu de mucosités glaireuses et visqueuses. Le ventre est ballonné surtout à la partie inférieure, très sonore à la percussion ; cependant à la partie supérieure il ne manque pas d'une certaine souplesse. Je suis encore obligé de sonder la malade.

La malade n'a eu ni frisson, ni vomissements verdâtres.

Traitement. — Une pilule de 1 centigramme d'extrait thebaïque toutes les deux heures. Injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine ; glace ; café ; eau-de-vie ; bouillon.

24 *mai*, 6 heures et demie du matin. — On me fait demander pour sonder la malade, il sort une petite quantité d'urines foncées d'un brun noirâtre ; ce n'était pas la quantité d'urine qui gênait la malade, mais un ballonnement considérable du ventre ; la région supérieure de l'abdomen ayant été envahie par le météorisme. Les nausées sans vomissement ont continué et une grande quantité de gaz inodore est rendue par la bouche.

Le pouls plus petit est à 140. Température 38°2. Repiration 36.

Le facies n'est pas grippé, la langue n'est pas sèche, *mais il*

y a une dyspnée qui gêne considérablement la malade, si bien qu'elle s'est constamment remuée pendant la nuit, et que le pansement s'est dérangé, le bandage est remonté et le pédicule se trouve à découvert.

Je change les pièces principales du pansement de Lister, et je fais une compression assez serrée de toute la région du pédicule et de la suture. La section de la paroi abdominale est toujours parfaite, le pédicule a l'aspect momifié, il n'y a pas de suppuration et la réunion semble aussi complète que possible; aucune trace de rougeur ou d'inflammation à ce niveau.

Traitement. — Glace, bouillon, lait, café. 1 injection de 1 centigramme de morphine.

10 heures du matin. — On m'envoie chercher en hâte. La malade est tombée subitement dans une sorte de coma. Facies rouge, injecté. Pupille contractée. Sommeil dont on ne peut la tirer. Le pouls est toujours à 140, mais sans intermittence, avec une certaine ampleur; les battements du cœur ne sont troublés par aucun bruit. Les mouvements respiratoires à 32, se font sans efforts et sont réguliers.

Traitement. — Café noir très fort avec glace.

4 heures du soir. — A 3 heures et demie la malade est sortie de son sommeil, ne se rappelant plus ce qui s'était passé; elle reprend son animation et son énergie habituelles.

La langue est un peu sèche et elle a une soif vive; elle a pu uriner seule (urines foncées, noirâtres).

M. Dezanneau, que j'avais prié de venir voir la malade, est d'avis de calmer la dyspnée due au tympanisme par des ponctions capillaires de l'estomac et de l'intestin. A la région épigastrique l'estomac se dessinait en relief, on voit de même les circonvolutions du gros et petit intestin.

M. Dezanneau fait la ponction au moyen d'une aiguille moyenne de l'aspirateur Dieulafoy, et amorce à la canule le tube de caoutchouc que l'on plonge dans une cuvette remplie d'eau, ce qui permet de se rendre compte de la sortie des gaz; des bulles traversent l'eau pendant tout le temps que se fait l'évacuation.

Une ponction faite à l'estomac sur la ligne médiane fait disparaître la tumeur. Une autre faite un peu plus bas et à droite, probablement sur le trajet du côlon transverse, donne issue à une notable quantité. M. Dezaneau évalue à plusieurs litres le volume de ce qui est sorti. Un soulagement immédiat se fait sentir.

La partie inférieure de l'abdomen reste néanmoins très ballonnée, et la malade rend par la bouche des gaz inodores, sans saveur, en tout point semblables à ceux évacués par la ponction.

La malade a repris sa bonne humeur, remercie du soulagement apporté, prend un vermicelle, du café, du grog; elle nous annonce une amélioration très appréciable.

9 heures du soir. — Température 38°2. Pouls 132. Respiration 36.

Le pouls est toujours petit, à l'auscultation les battements du cœur ne sont pas aussi nets, ils sont soufflants. La malade accuse toujours une dyspnée considérable, dont elle demande qu'on la débarrasse; elle a sa parfaite connaissance, répond parfaitement en plaisantant même, mais ses paroles sont entrecoupées par une longue inspiration; il n'y a aucun râle dans la poitrine.

Le météorisme ayant reparu aussi intense que dans la journée, je pratique plusieurs ponctions capillaires dans la région de l'estomac et du gros intestin, en somme dans les régions où apparaissent des bosselures volumineuses du tube digestif; il est sorti plusieurs litres de gaz, le ventre s'est assoupli et il y a eu de nouveau du soulagement.

Injection de morphine de 1 centigramme. On continue le café et le grog glacé. La malade est sondée.

11 h. 1/2 du soir. — On vient me chercher en toute hâte; la malade se plaint d'étouffements et se trouve prise comme le matin; elle est très agitée et réclame de l'air à cor et à cris; elle a son intelligence complète, le facies est pâle, avec les pommettes rouges, les pupilles sont contractées et les yeux fixes par instants, le pouls devient d'une excessive petitesse; le ventre



ne présente pas un ballonnement plus considérable que le soir; la malade est très altérée et boit avec avidité les boissons qu'on lui présente; elle se plaint des battements désordonnés de son cœur, et après une lutte véritable, elle est prise de quelques mouvements dans la face, ses yeux restent fixes regardant en haut; elle succombe à minuit et demi.

Autopsie. — Pratiquée le 26 mai, à 8 heures du matin, en présence de nos confrères : Briand, Dezanneau, Feillé, Guichard père, Guignard, Gripat, Jagot, Méleux, Legludic, Motais.

Le corps, en raison de la température élevée de la saison, commence à subir la putréfaction; le cadavre est couvert d'arborisations violacées et un ballonnement considérable distend l'abdomen.

Des incisions sont faites de façon à ménager la section abdominale qui est intacte et à enlever en même temps le moignon utérin. A l'incision abdominale, il ne s'écoule aucun liquide ni séreux, ni purulent; il n'y a aucune trace de péritonite; l'adhésion du péritoine pariétal commence à se faire et aussi à la partie inférieure de la suture abdominale l'adhérence du péritoine pariétal et utérin; une petite frange épiploïque est adhérente en un point voisin de la suture et du moignon; on ne trouve aucun caillot résultant de l'opération, ni aucune exsudation sanguine.

Du côté de l'abdomen, il n'y a donc aucune complication ayant pu déterminer la mort.

L'estomac, l'intestin gros et petit présentent des traces superficielles des ponctions capillaires, sans qu'il y ait aucune inflammation muqueuse ou péritonéale.

La vessie ne présente rien à noter.

La cavité thoracique présente de nombreuses traces d'adhérences pleurales anciennes; les poumons sont crépitants, sans lésions.

Le cœur est assez volumineux, et un caillot fibrineux volumineux existe dans le ventricule droit avec prolongement dans l'oreillette et l'artère pulmonaire; il explique les battements

sourds et soufflants de l'agonie, mais il paraît formé dans les derniers temps de la vie.

Après avoir enlevé la paroi abdominale, en rasant les branches horizontales du pubis, nous sectionnons le vagin au niveau du col utérin; nous avons de la sorte tout le pédicule, comprenant la partie intra-abdominale et la partie prise dans la suture abdominale; la partie intra-abdominale mesure 7 cent. 5; la partie comprise dans la paroi abdominale, 1 centimètre, soit, de la suture du fil de fer au col : 8 cent. 5.

Nos fils de fer enserrent l'utérus immédiatement au-dessous des ovaires, et l'on en voit encore quelques vestiges au niveau de la section.

Nous débarrassons la grande et la petite cavité abdominale des organes qu'elles contiennent; nous enlevons par deux incisions médianes les parties molles qui recouvrent le thorax, et nous détachons le cou au niveau de la première vertèbre dorsale; quant au bassin, afin de pouvoir préparer à l'état sec le thorax et le bassin réunis, nous scions les fémurs au-dessous des grands trochanters.

Nous débarrassons le plus possible ce petit bassin des parties molles, et séance tenante, nous faisons la *mensuration interne* des différents diamètres du bassin.

Pour la mensuration externe, nous renvoyons aux mesures que nous avons données au premier examen, et que nous ne pouvons que confirmer.

Détroit supérieur :	
Diamètre antéro-postérieur..........	10 c.
» transverse...............	10 c.
» oblique gauche...........	12 c.
» oblique droit............	8 c.
Détroit inférieur :	
Entre les tubérosités ischiatiques.....	5 c.
Diamètre bi-ischiatique..............	4 c.
Entre les branches descendantes du pubis.......................	4 c.
Symphyse pubienne :	
Hauteur............................	3 c. 5.

La symphyse participe de la déformation du bassin, les deux pubis font une saillie osseuse très prononcée en avant, et viennent se réunir en formant un angle assez aigu.

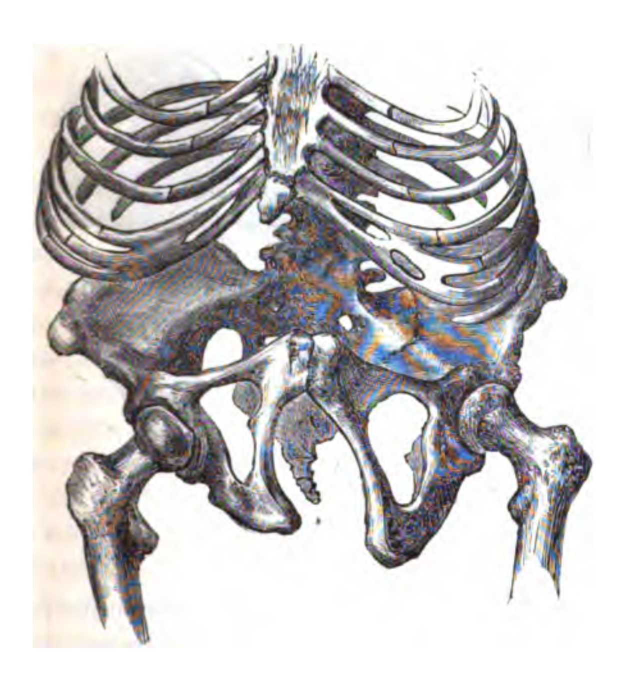


Fig. I.

Le bassin est asymétrique, le pubis est rejeté à gauche de la ligne médiane et le sacrum à droite, la pointe du coccyx est à un travers de doigt de la tubérosité ischiatique droite, tandis qu'elle est distante de trois travers de doigts de la tubérosité ischiatique gauche; les os du bassin, de même que les os du squelette en général, sont minces et de petit volume.

La *préparation à l'état sec* devait nous faire connaître des particularités intéressantes.

Le bassin présente tous les caractères du bassin oblique ova-

laire de Nœgelé; il y a synostose de la symphyse sacro-iliaque droite; atrophie de la moitié latérale droite du sacrum; sacrum

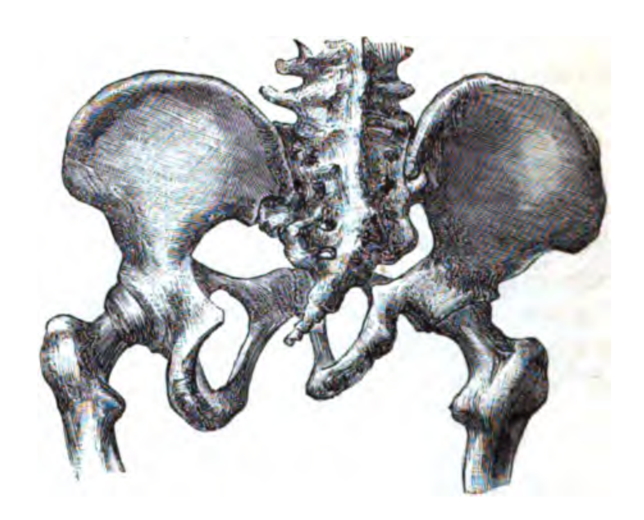


Fig. II.

fortement dévié à droite ayant sa face antérieure tournée du même côté; symphyse pubienne rejetée vers le côté gauche; moitié latérale droite du détroit supérieur, plus droite que la gauche qui est plus concave; la mensuration nous avait déjà permis de constater que le diamètre oblique gauche avait 4 centimètres de plus que le diamètre oblique droit; la grande échancrure sciatique droite est beaucoup plus petite que la gauche; le grand ligament sacro-sciatique droit était réduit à 1 centimètre 5 à peine, tandis que le gauche mesurait 5 à 6 centimètres.

En outre de la synostose de la symphyse sacro-iliaque droite, il y a synostose du sacrum et de la dernière vertèbre lombaire, de toutes les vertèbres lombaires entre elles et de la première lombaire avec la fusion des corps des sept dernières vertèbres dorsales.

Car nous retrouvons la déformation dorsale cyphotique dont

nous avions parlé, et nous pouvons déterminer son point exact. Les cinq premières vertèbres dorsales sont normales, si ce n'est que leur courbure est modifiée, mais elles sont distinctes et les corps vertébraux ont une hauteur moyenne en rapport avec le squelette, soit 9 centimètres, Au contraire, les sept dernières vertèbres dorsales sont notablement déformées; leurs corps sont réunis en un seul os qui mesure en avant seulement 1 cent. 5, tandis que les apophyses épineuses se déploient en arrière en éventail suivant une courbure de petit rayon, la circonférence des sept dernières apophyses épineuse mesurant 8 centimètres.

Cette cyphose dorsale a déterminé le rapprochement de toutes les articulations dorso-vertébrales qui sont tassées les unes sur les autres, surtout les huit dernières, tandis que, en avant, les extrémités sternales conservent un écartement normal.

Comme conséquence de la cyphose, les côtes affectent une courbure anormale: on peut dire qu'elles ont été obligées de prendre des courbures variées pour s'accommoder à la déformation de la colonne vertébrale, ainsi qu'à la déformation consécutive du sternum, qui présente une courbure convexe en avant, surtout au niveau du 2e et 3e cartilage costal.

CONCLUSIONS.

Nous terminerons en mettant en relief les points principaux de cette observation :

Femme de ?5 ans, mesurant 1 m. 08 de taille, sans déformation des membres.

Cyphose dorsale au niveau de la huitième vertèbre, de nature inflammatoire, survenue vers l'âge de 5 à 6 ans.

Rétrécissement du détroit inférieur, réduit à 4 centimètres.

Détroit supérieur oblique ovalaire, synostose à droite.

Utérus à terme, développé en forme de besace en dehors de la cavité abdominale, tombant à cinq travers de doigt au-dessus des genoux.

Opération césarienne est la seule indication.

Opération pratiquée suivant le procédé de Porro, mais avec quelques modifications apportées dans la ligature de l'utérus.

Mort de la mère le troisième jour, survenue sans aucune complication péritonéale, mais accompagnée des symptômes de météorisme, dyspnée et affolement du cœur, paraissant dus à la ligature de l'utérus et de ses annexes.

Extraction d'un enfant du sexe masculin bien vivant, qui fut de suite mis au sein d'une nourrice, et qui se porte à merveille au moment de la présentation de cette observation (mai 1882).

NOTE SUR UN CAS DE

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS.

Par le Dr Phelippeaux,

De Saint-Savinien (Charente-Inférieure).

Il est admis par les gynécologistes que les corps fibreux de l'utérus se manifestent avec lenteur, que leur marche est essentiellement chronique, et qu'ils mettent des mois et des années pour accomplir leur évolution.

M. le professeur *Courty* affirme néanmoins qu'exceptionnellement ils peuvent se montrer d'une façon brusque.

Le fait intéressant que je rapporte aujourd'hui confirme l'opinion précédente : « Il s'agit d'un *fibro-myôme* qui s'est dé-
« veloppé dans une lèvre du col, presque à l'insu de la malade,
« d'une manière silencieuse et insidieuse, à l'instar de certains
« cancers utérins. »

Je puis également le citer comme une nouvelle preuve de ce que j'ai dit dans un travail de longue haleine (*Histoire clinique d'un fibrôme utérin*, numéros de *février et mars* 1878 des *Archives de Tocologie*), sur la fréquence plus grande qu'on ne le croit des maladies de matrice à la campagne.

« Quelques mois après l'opération que je décrirai bientôt, en « janvier 1882, chez une femme de 40 ans, abîmée par des mé« norrhagies et des métrorrhagies intercalaires, ayant toujours « reculé devant le *spéculum*, j'ai pu poser enfin l'anse d'un « écraseur sur un petit corps fibreux du col, pesant 19 gram« mes, et obtenir un nouveau succès. » Au moment où je rédige cette note, j'ai dans ma pratique rurale (coïncidence assez rare !) *trois* femmes atteintes d'*endométrite*, affection très douloureuse pendant l'éruption menstruelle et causant une leucorrhée profuse.

Chez l'une de ces malades qui offre, en outre, un état *mollesse-hypertrophique* du col, je n'ai eu qu'à me louer du traitement local par l'*acide nitrique mono-hydraté*.

C'est un moyen que j'ai utilisé plusieurs fois sur la recommandation des gynécologistes.

Voici, pour le faire connaître en passant, mon *modus agendi* :

« Avec une longue baguette de sapin taillée en pointe, trem« pée sans excès dans l'acide sur une longueur de 3 centi« mètres, je pénètre dans le cervix, et je le cautérise en prati« quant trois ou quatre mouvements lents d'entrée et de sor« tie. Puis, j'applique l'extrémité caustique sur plusieurs points « de la surface des deux lèvres, en pressant un peu. (*Nitri« puncture.*) J'essuie, alors, les parties brûlées avec des tam« pons d'ouate blanche, bien sèche, en appuyant, et je répète « l'opération sept ou huit jours après. »

Les tumeurs de la matrice (*Fibromes*, *Myômes*, *Fibro-Myômes*, *Hysteromes* de *Broca*, se développent dans toute l'étendue de l'organe.

Aran, *Barnes*, *Demarquay* et *Saint-Vel*, *Safford-Lee*, *Courty*, déclarent qu'on les observe plus souvent dans le *corps*

que dans le *col*; mais que, cependant, les tumeurs de cette dernière région sont encore assez communes.

A quoi peut tenir une telle différence ?

Selon moi, elle dépendrait, au moins en partie, de la bassesse histologique du col.

Les néoplasmes de l'utérus se forment, en effet, avec la substance de cet organe. Pour mieux dire, ils puisent leurs éléments dans les tissus musculaire, fibreux, lamineux, qui le composent. Ils doivent donc se montrer de préférence dans les régions dont la richesse histologique amène des conditions favorables à leur développement.

Or, il n'est douteux pour personne, ce me semble, que la couche *moyenne* de l'utérus, qui est bien moins épaisse dans le *col* que dans le *corps*, ne soit précisement pour ce *corps* une cause prédisposante, ou propice à l'éclosion des néoplasmes fibreux.

Le *col*, cependant, n'en est pas pour cela un terrain absolument stérile. Dans la thèse du Dr *Félix Guyon*, sur 140 tumeurs à siège connu, on en relève 21 appartenant à cette région.

OBSERVATION.

En 1878, pendant une visite que je fis chez un malade de la commune de *Bords* (*canton de Saint-Savinien*), je fus consulté par :

Mme F..., 47 ans, pour des métrorrhagies légères, variables dans leur apparition.

Mme F... est une grande et jolie fermière. Sa santé a toujours été bonne. Deux accouchements naturels ; le dernier en 1863. La *ménopause* (vulgairement *retour d'âge*) date de 1873. Tout s'est bien passé, et jamais elle n'a rien vu si ce n'est depuis quelques mois.

Prescription : Repos relatif. Seigle ergoté pour modérer les petites hémorrhagies.

L'état général ne laissait rien à désirer. Appétit excellent. Mine florissante. Vie active.

Un an après, environ, le 3 décembre 1879, cette malade, que je n'avais point revue, me fit appeler.

Je la trouvai d'une pâleur anémique, sans appétit, accablée par des palpitations de cœur, avec un souffle systolique dans la région *sus-mamelonnaire*, ainsi que sur le trajet des gros vaisseaux du cou.

Une *métrorrhagie* abondante avait eu lieu la veille. A ses yeux, la cause de toutes ses misères n'était autre que son *retour d'âge* qui, depuis six mois, lui avait fait perdre beaucoup de sang.

L'abdomen était indolent, un peu volumineux (*tympanisme*). La *miction* s'opérait parfaitement. Il n'en était pas ainsi de la *défécation*. Sans être constipée, la malade avait de grandes difficultés pour exonérer le rectum. Il lui semblait que quelque chose devait sortir en même temps que les matières fécales.

Toucher. — Avant de l'obtenir et de le pratiquer, il me fallut combattre chez Mme F... un préjugé qui fait encore trop de victimes dans les campagnes.

« Il y est presque universellement reconnu qu'une femme « qui a des pertes, même très abondantes, depuis l'âge de 38 « à 40 ans, jusque vers 50 ans environ, est toujours sous l'in- « fluence du *retour d'âge*.

« C'est son âge qui la rend malade !

« Telle est la phrase banale que l'on entend souvent pro- « noncer, que d'ignorantes et audacieuses matrones vous « opposent, alors que des *polypes*, quelquefois des *endométrites* « suites d'*avortements* (véritables *surprises* tardives), plus rare- « ment des *épithéliomas* du col, sont les causes certaines des « métrorrhagies qui ruinent la santé des femmes quand elles « ne les tuent pas. Comme conséquence de ce fatal préjugé, on « observe alors une *incurie* presque absolue, aggravée par cette « idée fixe qu'il n'y a rien à faire contre le prétendu retour

« d'âge (*Humorisme aveugle*), et par une pudeur mal enten-
« due. »

Examen. — Mme F... placée debout, adossée à une armoire, je touchai d'*emblée*, au fond du vagin, une tumeur volumineuse. Sa surface était lisse, non bossuée, sa consistance dure, son insensibilité complète. Mes doigts en firent aisément le tour; moins facilement en arrière. Cette tumeur, dis-je, occupant le haut du vagin, appuyait assez fortement sur le rectum.

Quant à sa partie la plus élevée, il était impossible de l'explorer. Néanmoins, en forçant pour introduire les doigts, je reconnus que le néoplasme pénétrait *sous la lèvre antérieure du col*, indurée, au delà de laquelle je ne pus rien distinguer.

En résumé, dans son ensemble, la tumeur était mobile et sans adhérences vaginales. Les doigts fouillaient le *cul-de-sac antérieur*, mais le *cul-de-sac postérieur* échappait à leur action.

En suivant la paroi vagino-rectale, on passait sous la face postérieure du néoplasme, sans jamais atteindre la lèvre correspondante de l'utérus. Écoulement d'un sang brun, inodore, mêlé à des produits leucorrhéiques. Nulles douleurs autres que des douleurs habituelles dans les reins.

Spéculum Cusco; cathétérisme. — Le lendemain, 4 décembre, aidé par le mari et des amies de Mme F..., je la fis maintenir sur le bord d'une table matelassée, vis-à-vis d'une fenêtre en plein jour.

Ce nouvel examen me permit d'abord de voir, puis de pratiquer ce qui suit :

1° Une tumeur d'aspect rose-sanguinolent qui comblait à peu près l'écartement des valves.

2° Ladite tumeur, plusieurs fois percutée avec une forte sonde droite, rigide, en argent, était dure et insensible.

3° Piquée à coups redoublés avec un long trocart de trousse, son *insensibilité* fut *absolue*.

L'aiguille n'y pénétrait qu'avec peine, à une profondeur de 4, 5 et même 6 centimètres.

4° Après avoir retiré le spéculum, je glissai l'index gauche sur la face *antéro-supérieure* du néoplasme, en forçant, sans brusquerie, et, comme la veille, je touchai le *demi-cercle induré* de la lèvre antérieure.

Cette exploration fut un peu douloureuse à cause de l'étroitesse des voies génitales.

Saisissant alors de la main droite ma sonde en argent, je pratiquai le *cathétérisme utérin*.

Après quelques recherches guidées par mes doigts, je pénétrai *subitement* dans la matrice, à une profondeur de 6 centimètres et demi. Du sang vint à la vulve ; la femme n'accusa pas de souffrance.

J'étais bien *dans* la matrice, et, quoique la sonde fût serrée entre le néoplasme et le cervix, je pus la faire évoluer sensiblement dans la cavité de l'organe.

Ce cathétérisme, manœuvre urgente pour le diagnostic, ne fut pas douloureux, je le répète. Il causa, cependant, une petite hémorrhagie.

5° En pressant avec la main derrière la symphyse pubienne, je n'ai trouvé aucun vide pouvant susciter l'idée d'un prolapsus ou d'une inversion de l'utérus. Bien au contraire, les pressions étaient transmises au cathéter resté en place, puisqu'à chacune d'elles, on voyait la partie extra-vulvaire de l'instrument être mobilisée et légèrement refoulée.

J'étais donc sûr que la matrice occupait sa place *normale ;*

Qu'il n'y avait pas d'*inversion ;*

Que la tumeur remplissant le fond du vagin, vu sa *dureté*, sa forme *polypeuse* et son *insensibilité*, ne pouvait guère être qu'une tumeur fibreuse dont il restait à déterminer l'insertion. Les corps fibreux, en effet, lorsqu'on les comprime, ou qu'on les pique, n'ont pas de sensibilité. (*Barnes. Opérations obstétricales.*)

Il ne faudrait point, cependant, accorder une valeur absolue à ce signe. *Simpson* (p. 608 de sa *Clinique*) et avant lui

Lisfranc ont fait remarquer, à propos du diagnostic différentiel de l'inversion utérine et d'un polype, que les hystéromes qui s'énucléent en poussant devant eux une couche du tissu utérin qui les recouvre, ou qui s'enflamment temporairement, acquièrent de la sensibilité.

Enfin, suivant *Demarquay* et *Saint-Vel* (*Traité clinique des maladies de l'utérus,* p. 136), la sensibilité de la tumeur qu'on a signalée comme étant de nature à différencier le renversement de la matrice, d'un *myôme* pédiculé, est un signe d'une valeur incertaine, car elle s'émousse avec le temps (*Lisfranc*), et surtout dans l'inversion chronique.

Toutefois une inconnue subsistait encore.

J'ignorais les connexions du néoplasme avec la lèvre postérieure du col. Ma sonde rigide pénétrait à 15 centimètres dans le cul-de-sac vaginal correspondant, sans constater aucun relief, aucun bord saillant, aucune lèvre semblant appartenir à la matrice.

« N'ayant point touché, ni circonscrit le pédicule supposé de « la tumeur, je ne pouvais dès lors être sûr qu'elle fût un po« lype utérin. » (*Simpson.*)

Je crus, néanmoins, soit à un *corps fibreux*, soit à une *hypertrophie particulière* de la lèvre postérieure.

Pour m'éclairer davantage, je tentai d'abaisser la tumeur.

Mme F... fut avertie; sa grande pusillanimité l'exigeait.

Cette manœuvre, à peu près condamnée en principe par beaucoup de gynécologistes, doit pourtant être quelquefois utilisée, non seulement pour parfaire un diagnostic, mais encore pour rendre exécutables les opérations que l'on pratique sur l'utérus.

Il ne s'agissait pas, cela va sans dire, d'un abaissement *forcé*, mais bien progressif, lent et méthodique.

Avec une pince-érigne je saisis l'hémisphère inférieur du néoplasme, et tâchai de le faire descendre par une traction douce, modérée, un peu latéralisée. La malade ressentit aussitôt une douleur vive.

Du sang coula, et avant que j'eusse pu retirer ma pince, elle poussa un cri et recula *tout d'un coup*.

Ce fut ce mouvement brusque et convulsif causé par la douleur, qui transforma subitement en un acte brutal (*véritable traumatisme*), l'abaissement méthodique du fibrome, opéré, je l'affirme, d'une main sûre et procédant avec douceur.

Mme F... fut couchée, son ventre recouvert de nombreux cataplasmes. Quelques doses de seigle absorbées.

Les 5, 6 et 7 décembre : coliques, douleurs dans la fosse iliaque gauche, ventre ballonné; thermomètre à 38 degrés.

Péritonisme, mais sans nausées ni vomissements. Liquides vaginaux sanguinolents. Un peu de fièvre.

Prescriptions. — Repos au lit. Propreté. Cataplasmes. Huile de ricin. Bouillon. Lait. Limonade gazeuse.

Le 10, tout rentra dans l'ordre.

La malade reprit graduellement le cours de ses travaux. Elle se mit à l'usage du quinquina, du seigle ergoté de temps à autre, et du phosphate de fer *Leras*.

Je me retirai, en déclarant que l'*ablation* de la tumeur était le seul moyen sérieux à employer pour obtenir une guérison radicale.

Le premier semestre de l'année 1880 fut assez bon. Mme F... suivit le traitement tonique prescrit d'une manière presque constante. Elle recouvra une bonne santé relative. Les métrorrhagies cessèrent, les forces revinrent, et, sauf les douleurs de reins, la pesanteur à l'hypogastre, et un peu de leucorrhée, la malade se serait crue guérie.

Les difficultés pour aller à la selle augmentaient cependant chaque jour.

La fin de 1880 s'écoula sans trop de souffrances. Grâce à cette amélioration apparente, Mme F... fut convaincue plus que jamais qu'elle était toujours victime de son *retour d'âge*.

Mon diagnostic fut contesté. La tumeur reconnue n'était plus qu'une simple *chute* de matrice.

Tout à coup, en *janvier*, *février*, *avril* 1881, les hémorrha-

gies reparaissent, abondantes, irrégulières, plongeant Mme F... dans une profonde anémie.

Le 11 juin, seulement, on me réclama de nouveau.

Etat de la malade. — Pâle, d'un teint *chloro-cancéreux* (*Schwartz*, in *Demarquay* et *Saint-Vel*), sa situation était beaucoup plus grave qu'en *décembre* 1879. Il n'y avait pas à hésiter. Un nouvel examen fut accepté sur-le-champ.

« La tumeur avait grossi. Sa face antérieure était plus éloi« gnée de la paroi vésicale — ce que j'attribuai à l'usage d'un « pessaire *Gariel* — qui avait été aussi inutilement porté par « Mme F... que sottement conseillé par une sibylle de la con« trée, dans le but de remonter la matrice qui tombait.

« Sa forme générale paraissait être celle d'un battant de « cloche. Sa surface était unie, sauf en arrière où l'index trou« vait des *bosses*, et où elle comprimait le rectum. Le doigt ren« contrait enfin le pôle inférieur du fibrome, à 6 centimètres et « demi de l'orifice vaginal. »

Douleurs de reins et des aines. La malade marche courbée vers le sol. Son ventre est lourd ; elle sent remuer et descendre son utérus. Un peu de leucorrhée en dehors des hémorrhagies. Anorexie. Œdème des malléoles. Difficultés encore plus grandes pour la défécation.

Elle affirme que pendant les efforts nécessaires, elle a pu, plusieurs fois, toucher avec l'index, en forçant, l'extrémité libre de la tumeur. Pour elle, c'est une *descente*, et pas autre chose.

Avec le *spéculum* et le *cathétérisme*, j'arrive à cette conclusion que ma cliente est plutôt atteinte d'un corps fibreux situé dans l'épaisseur du col que d'une hypertrophie.

Je déclarai formellement aux intéressés :

Que l'opération était urgente;

Que la malade n'avait pas une goutte de sang à perdre;

Que c'était l'exposer bénévolement aux accidents les plus graves que de vouloir sans cesse temporiser.

Mes efforts furent stériles.

Et ces braves gens, écoutant l'un et l'autre, voguèrent de ca-

binet de médecin en cabinet de médecin, sans arriver à *décrocher* la tumeur (*sic*).

« *Leur idée fixe était de trouver un remède qui la fit tomber.* »

En juillet, d'abondantes hémorrhagies se renouvelèrent. Le 20, Mme F... eut une *syncope*. On la crut morte ; elle reçut les derniers sacrements.

A force d'excitants on la ranima.

Le vendredi 22, je fus encore appelé.

« En présence de son état pitoyable, pour éviter tout retard « et toute nouvelle discussion, je posai mon *ultimatum* :

« *L'opération ou la cessation totale de mes soins !* »

Rien ne fut décidé avant le lundi 25. Et encore, au dernier moment, Mme F... fut sur le point de renoncer à l'ablation qui ne fut pratiquée que le 27, à 2 heures de l'après-midi.

Cette observation, un peu longue parce que j'ai voulu la donner complète, peut être citée comme un exemple des difficultés que l'on éprouve dans la médecine des campagnes.

Opération.

Le chloroforme demandé par la malade lui fut refusé pour les motifs suivants :

1° Sa profonde anémie était une contre-indication à l'emploi de cet anesthésique, une nouvelle syncope étant à craindre.

2° Il pouvait y avoir péril à placer l'anse d'un écraseur sur une tumeur que je supposais être polypoïde, si la malade avait été chloroformée (*Barnes*, *loc. cit.*).

Le 27 juillet, donc, avec la bienveillante assistance de M. le Dr *Bourcy* (de *Saint-Jean-d'Angély*), j'examinai Mme F... une dernière fois.

Mon diagnostic fut confirmé par mon savant confrère sous les yeux duquel je répétai le *cathétérisme utérin*. Bien sûrs que cette tumeur insensible était une dépendance de la lèvre postérieure de la matrice, il fut résolu que je procéderais avec lenteur, de manière à enlever la plus grande partie du fibrome, et

à n'en laisser très probablement qu'une tranche éloignée sur laquelle nous agirions ultérieurement.

Ablation.

Deux écarteurs larges et solides, confectionnés dans ma localité, sont d'abord introduits pour dilater la voie fort étroite.

La pince-érigne saisit aussitôt l'hémisphère inférieur du corps fibreux, l'abaisse sensiblement, et est tenue immobile, inclinée par en bas, après qu'on eût passé autour d'elle l'*anse de fil de fer recuit* de l'écraseur (*modèle Collin*).

Poussée dans le vagin, cette anse embrassa bientôt la tumeur. Et soit avec les doigts, soit surtout avec une longue pince, je la fis glisser jusqu'à ce que sa partie la plus étroite, celle qui avoisine la gorge de la tige, fût en contact avec le col. L'index droit me prouva, du reste, qu'en avant, l'anse métallique était bien placée.

En arrière, dans le but d'éviter qu'elle ne fût oblique par rapport à l'axe du néoplasme, je me suis encore servi de la pince pour en bien fixer la partie déclive (*base de l'anse*). J'obtins de la sorte un point d'appui solide qui me servit précisément pour rendre le fil de fer recuit perpendiculaire à l'axe en question.

A 2 heures je donnai quelques tours, et ainsi toutes les 2 minutes. La tumeur ayant été un peu abaissée, il s'ensuivit une hémorrhagie médiocre qui fut combattue par des injections d'eau froide phéniquée.

A 2 heures un quart, le taquet d'arrêt du fil métallique parut à la vulve. Je sentis l'anse mordre avec force.

Aussitôt Mme F... accusa une *douleur* assez vive.

« Nous entendîmes alors, très clairement, la *crépitation* pro-
« duite par l'anse coupante sur le tissu du fibrome. Je veux
« dire sur le tissu de l'utérus, comme le prouva l'étude de la
« tumeur que je venais d'enlever, en sectionnant la lèvre pos-
« térieure de cet organe. »

Ce signe important — la douleur — confirmait donc les préceptes de *Barnes*, de *Simpson*, de *Tillaux* (*Annales de gynécolo-*

gie, novembre 1881) et des éminents chirurgiens qui ont dernièrement discuté à l'Académie « sur l'ablation des polypes « préceptes recommandant de ne jamais endormir les malades « dans de tels cas, pour ne pas être privé du renseignement « précieux tiré de la *sensibilité* de l'utérus ; les polypes, ou tu- « meurs de nature fibreuse étant insensibles, au contraire. »

Anatomie pathologique. — Histologie.

Le néoplasme de Mme F..., exactement représenté ici (fig. 1), est pyriforme et très dur à la pression.

Longueur.	12 centimètres.
Largeur à la base. . . .	7 —
Poids.	142 grammes.

Sur sa face postérieure, on voit trois petites bosses ou éminences dont la plus grosse a été seule esquissée.

Coupé en deux moitiés, suivant sa longueur, son tissu offre l'aspect d'un corps fibreux. Sa couleur est d'un blanc mat, sa consistance dure et comme élastique.

A l'œil nu, puis à la loupe, on remarque des pelotons de fibres concentriques. Dans leurs intervalles se voient de très petits orifices vasculaires. Le *microscope* a démontré que ce néoplasme était principalement formé par de nombreux faisceaux de fibres musculaires, lisses, entremêlés de tissu fibreux.

C'est bien un *fibro-myôme* développé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure. Les feuillets *cervical* et *vaginal* de la muqueuse du col lui forment un *kyste complet* jusqu'à l'endroit où ils se réfléchissent pour se rapprocher et constituer, non pas un *pédicule*, mais la partie déclive de la paroi postérieure de l'utérus, amincie, distendue, ayant une largeur de 6 centimètres et demi, ainsi que le prouve la surface de section CC', dont l'épaisseur égale 5 millimètres.

Le sommet S du *fibro-myôme* pénétrait entièrement dans la matrice. Il a fallu, dès lors, que la traction méthodique opérée

par mon habile confrère amenât une séparation presque complète entre la lèvre supérieure du col et le néoplasme.

L'anse (*partie étroite*) a donc glissé sur la tumeur, sans l'entamer, et la tige de l'écraseur, par son extrémité, a certaine-

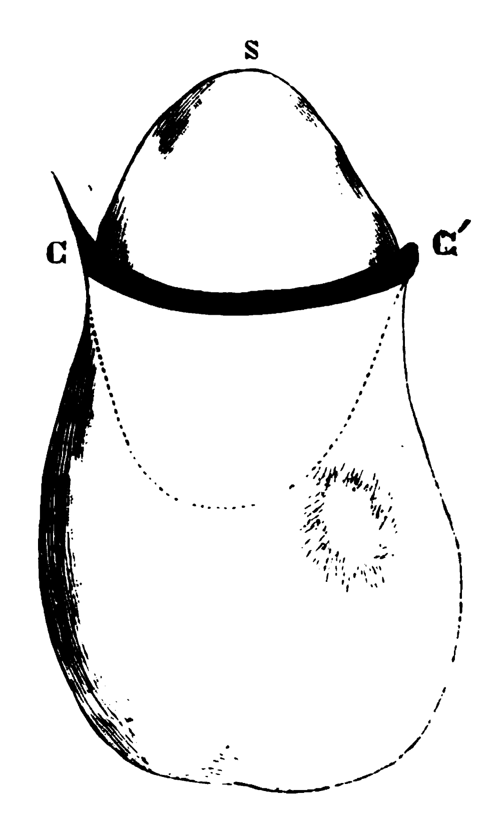


FIGURE 1.
Fibro-myôme vu par sa face postérieur (vagino-rectale).

ment pénétré dans l'utérus (fig. 2). La ligne *pointillée* représentée sous la surface de section, simule assez exactement la fusion insensible du feuillet vaginal avec le fibro-myôme.

Suites de l'opération.

Elles furent simples. Mme F..., couchée, condamnée au repos absolu, reçut quelques injections à l'eau tiède phéniquée.

Le soir même. Injection de *un centigramme* de morphine au coude. Cataplasmes sur le ventre. Bouillon. Lait.

Le 28. Malgré la morphine, la nuit s'est passée sans sommeil. L'injection a causé des vomissements qui ont effrayé la malade. Ecoulement séro-sanguinolent.

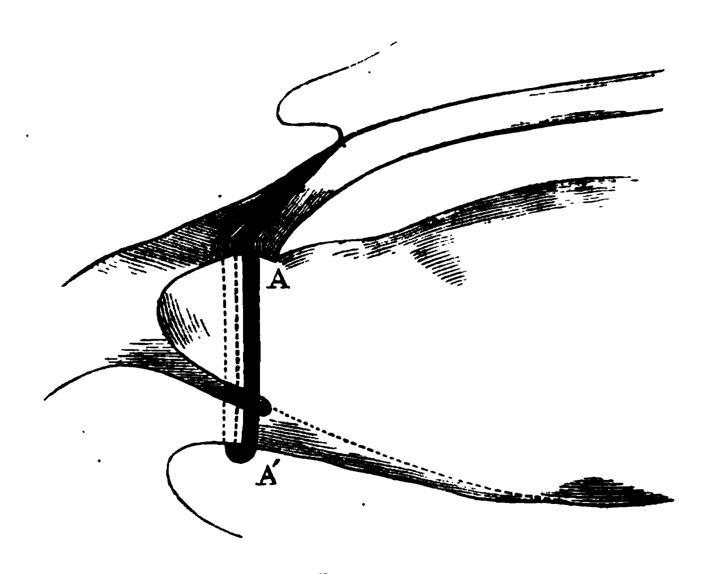


FIGURE 2.

AA', anse de l'écraseur posée sur la lèvre inférieure de l'utérus, allongée et distendue par l'abaissement du néoplasme.

Prescriptions. — Limonade gazeuse. Bouillons. Lait. Ventre indolent. Urines normales. Injection phéniquée.

Le 29. Etat général et local satisfaisants. La sérosité qui s'écoulait a beaucoup diminué.



Cataplasmes. Huile de ricin. Même régime. Un peu de vin en plus.

Le 30. La malade n'a pas encore eu de fièvre. Thermomètre à 38°. Elle est fort contente d'avoir pu aller à la selle sans le moindre effort. Quelques douleurs de reins.

Repos absolu dans le lit. Même régime.

Le 31. Bon état général, sauf l'*anémie* extrême.

Mme F... est mise à l'usage du vin de *quinquina*, et du pyrophosphate de fer *Leras*. Régime augmenté progressivement.

Chaque jour, je la visite, recommandant sans cesse le repos et l'immobilité. Marche rapide vers la guérison.

Ventre normal. Toutes fonctions s'exerçent bien. Les douleurs de reins seules persistent.

Le 12 août, Mme F... se lève pendant une heure, voulant essayer ses forces. J'en profite pour la toucher, ce qui me permet de reconnaître la *cicatrice* de la lèvre postérieure du col. Tout allant de mieux en mieux, elle se leva définitivement le 28 août.

Les forces et l'appétit étaient revenus. Le traitement par le *quinquina*, le fer *Leras*, et un bon régime, fut continué. Elle reprit le cours de ses travaux à la mi-septembre.

Le *toucher* pratiqué une dernière fois en *octobre*, m'a prouvé le *froncement* de la cicatrice, et la forme presque *conique* du col. Mme F... est une grande travailleuse; sa santé est parfaite depuis le mois de décembre 1880.

Reflexions. — Diagnostic différentiel.

Je passerai vite sur les particularités offertes par le développement de ce néoplasme.

L'observation, telle que je l'ai donnée, a déjà mis en relief les principaux symptômes éprouvés par Mme F...

Ainsi la difficulté très grande et toujours croissante pour aller à la garde-robe, exclusivement causée par la pression du *fibro-myôme* sur le rectum, dont le calibre était partiellement oblitéré.

L'absence *complète* de troubles de la *miction* doit aussi être

notée. Il y a ordinairement dans ces circonstances une *dysurie* plus ou moins accusée.

Hervez de Chégoin, *Courty*, affirment qu'on observe en général ces accidents avant la constipation. Ils sont, du reste, très fréquents, puisque C. West les a signalés vingt et une fois sur quarante malades.

Les douleurs des reins, les tiraillements des aines, la sensation d'un corps volumineux situé dans le vagin, le ténesme auquel il donne lieu, sont des symptômes communs aux polypes, fibromes, myômes de l'utérus, et au prolapsus du même organe.

Quant aux *métrorrhagies*, ici, comme presque toujours, elles ont été le résultat de l'*endométrite* concomitante. Le sang, sauf très rares exceptions, ne s'écoule pas de la surface des corps fibreux.

Pendu, en quelque sorte, à la partie déclive de l'utérus, le fibrome tiraille et distend sa muqueuse pendant la station verticale. La marche, l'ascension des escaliers, les efforts répétés, les secousses qui en résultent pour la matrice, sont autant de traumatismes qu'on lui inflige. Et de là des érosions, des gerçures, des déchirures de sa muqueuse, suivies d'hémorrhagies qui semblent devoir être d'autant plus fortes que le néoplasme acquiert un plus grand poids.

Mon diagnostic de fibro-myôme de la lèvre postérieure est exact. On pouvait penser. en effet, à une *hypertrophie* particulière.

Pourtant, selon *Demarquay* et *Saint-Vel*, on observe *très rarement* la transformation en masse d'une portion du *col* en tissu fibreux. Si, dans les deux cas (*fibrome* et *hypertrophie*), les symptômes sont les mêmes, l'hypertrophie du col se distingue cependant par l'*absence* de bosselures.

Le fibro-myôme que j'ai enlevé en avait *trois* sur sa face postérieure (rectale).

Dans une observation de *Demarquay* (*Traité clinique*, p. 475), la lèvre postérieure était très dure, volumineuse, et l'augmentation portait plutôt sur son épaisseur que sur sa hauteur, car

elle descendait dans le vagin à peine plus bas que normalement.

Ici, la muqueuse de la lèvre indiquée (feuillets *cervical et vaginal*) formait, comme je l'ai dit, un *kyste* au néoplasme, et la longueur de cette lèvre était plutôt exagérée. On peut même, jusqu'à un certain point, supposer que le fibrome s'est développé primitivement dans la région la plus déclive de la paroi postérieure du *corps* de la matrice, et qu'en augmentant de volume, il a peu à peu pénétré dans l'épaisseur du *col* et proéminé dans le vagin.

Je suis d'autant plus disposé à accepter le fait pour vrai que la *douleur* ressentie par Mme F... pendant la section CC' (fig. 1) démontre d'une manière presque sûre que l'anse a réellement coupé le tissu de la paroi postérieure du *corps*, distendue et allongée par la traction exercée. Dans l'immense majorité des cas, dit M. *Tillaux* (*Anat. topogr.*, p. 866), *« le col est absolument privé de sensibilité »*.

Au point de vue du manuel opératoire, l'écraseur à *fil de fer recuit* m'a paru être le meilleur instrument à employer. C'était, en outre, le seul que j'eusse sous la main.

La *torsion*, applicable dans certains cas, aurait causé des délabrements affreux si l'on avait eu la malheureuse idée de la pratiquer.

L'*excision* (procédé ancien) vulgarisée par *Dupuytren*, *Lisfranc*, *Velpeau*, *Simpson*, *Stoltz*, recommandée chaudement par le professeur *Courty*, vantée dernièrement encore par le professeur *Gosselin* qui l'a utilisée cinquante fois environ, eut été plus difficile à mettre en œuvre que l'écrasement linéaire.

Il eût fallu abaisser davantage le néoplasme, ce qui pouvait être périlleux, sans préjudice des douleurs vives que les tractions auraient provoquées.

Puis, l'*excision*, à moins qu'on n'y procède très lentement, tranche par tranche, expose à couper quelquefois plus qu'il ne faut, si le corps fibreux est peu pédiculé. C'est ce qui arriva au professeur *Gosselin* lui-même, dans un cas de polype inséré sur la face interne de l'utérus. Il fut conduit involontairement

à entamer un peu la muqueuse. La femme succomba à une péritonite suppurée qui fut peut-être causée en partie par l'inflammation qui se développa au niveau du point sectionné, etc. (*Archives de tocologie*, octobre 1878, p. 617.)

J'ai déjà parlé de l'avantage d'une longue pince pour fixer, autant que possible, l'anse métallique, dans une position *perpendiculaire* à l'axe de la tumeur. Je crois que dans un cas semblable, ou analogue à celui de Mme F..., cet artifice est préférable à celui de la ficelle, ou du cordon, noués comme le prescrit le Dr *Guéniot*, sur la base de l'anse, et tirés à mesure qu'on le croit nécessaire pour empêcher le redressement de cette anse, de bas en haut, vers les parties profondes, de manière à éviter les sections obliques de la tumeur telles que les donne trop souvent l'écraseur.

Cet instrument, on le sait, a une tendance à attirer les tissus circonvoisins, et à les couper obliquement. De sorte que, dit M. *Stoltz*, si l'on opère au voisinage d'une cavité close, on risque de la perforer en enlevant un morceau de sa paroi. C'est ainsi, ajoute ce professeur, que *Breslau* a arraché une partie du vagin, et que *Bæckel* a perforé le cul-de-sac postérieur au point qu'une anse intestinale s'y est engagée (*Archives de tocologie*, 2e volume, p. 1617).

« Avec la pince on fixe donc la *base* de l'anse (partie large),
« et l'on s'en sert comme d'un point solide ou d'un appui, à
« l'opposé duquel, par-dessus la face supérieure du corps fibreux,
« on pousse méthodiquement avec la tige de l'écraseur, le
« *sommet* (partie *étroite*) de l'anse, jusqu'à ce qu'on la juge per-
« pendiculaire au polype, ou corps fibreux qu'on veut enlever. »

Il me reste encore à dire quelques mots du *toucher rectal*, ainsi que du diagnostic *différentiel* des fibromes polypoïdes de l'utérus et de l'*inversion* de cet organe.

Je n'ai pas utilisé chez Mme F... le toucher rectal.

Il ne m'eût rien appris de plus que le toucher vaginal.

J'aurais tout simplement reconnu l'hémisphère inférieur de la tumeur, sa forte pression sur l'intestin dont elle diminuait le calibre, sans pouvoir atteindre la hauteur de son insertion.

La valeur de ce procédé m'a toujours paru exagérée.

J'ai traité ce sujet dans les *Archives de tocologie* (mars 1878), aussi je n'y insisterai pas longtemps aujourd'hui.

M. le professeur agrégé *Berger*, dans une belle clinique faite à la Charité, sur le *diagnostic différentiel* des polypes de la matrice, a fixé judicieusement la valeur réelle de ce genre de toucher.

« Pour lui, le toucher rectal est très insuffisant ; le doigt ne « peut pénétrer assez haut dans l'intestin pour atteindre le fond « de l'utérus ; il est nécessaire, pour y parvenir, d'introduire « trois ou quatre doigts, opération qui exige la chloroformisation « de la malade. On a même été jusqu'à dire qu'il fallait faire « pénétrer la main tout entière. C'est là un procédé dangereux « qui déterminerait par une dilatation exagérée un traumatisme « fort grave. *Quatre* doigts peuvent donc suffire, et l'on sent « alors le relief formé par le polype au-dessus du *col* de l'uté- « rus, tandis que plus loin on reconnaît le *fond* de l'or- « gane, etc. » (Le *Praticien*, p. 92, n° du 20 février 1882.)

La plupart des auteurs vantent les ressources précieuses que procure le toucher rectal pour le diagnostic des différentes tumeurs de l'utérus. Ils affirment que ce mode d'investigation permet de reconnaître non seulement le *corps*, mais aussi le *fond* de cet organe.

Pourtant, il suffit d'examiner la belle planche, demi-nature, de M. Tillaux (*Anat. Topogr.*, p. 845) ; celle de *Sappey*, reproduite dans le livre de *Gaillard-Thomas* (p. 135), pour être convaincu qu'à moins de posséder des doigts d'une longueur phénoménale, il est impossible de toucher le fond d'un utérus *normalement* situé.

Et surtout si ce fond arrive à la hauteur du plan du D. S., ou dépasse même le niveau de la symphyse pubienne, comme l'affirme et le représente le D[r] *Tillaux* (*loc. cit.*, fig. 224, 225), contrairement à M. *Sappey*, qui veut que l'organe reste à 2 centimètres, environ au-dessous de l'aire du D. S.

Dans ces conditions, pour toucher le *corps*, et a fortiori, le *fond* de la matrice, il est urgent de presser avec force derrière

le pubis pour abaisser l'organe vers le rectum. Cette manœuvre, assez facile chez les femmes maigres, l'est beaucoup moins chez les femmes grasses ; elle est même impossible. En outre, elle peut offrir des dangers et être contre-indiquée dans de nombreux cas.

Mais si la matrice est abaissée à l'avance ; si elle est en *rétroversion* ou en *rétroflexion*, ou bien le siège d'un néoplasme qui entraîne son fond vers l'intestin, le toucher rectal, j'en conviens, sera alors très avantageux.

Cependant, sous le rapport de l'exécution pure et simple, l'introduction nécessaire (*Berger, loc. cit.*), de quatre doigts pour arriver à une exploration utile, fructueuse, équivaut à peu près à celle de la main entière. Il faut remarquer, en effet, que si les doigts pénètrent jusqu'à leur base (*ligne métacarpo-phalangienne*), ils engagent ainsi dans l'anus un diamètre variant de 7 à 8 centimètres, au moins. C'est la distension *minimum* produite par le passage de la main.

Et encore, il y a mains et mains !

De sorte que, sans le chloroforme, il serait très difficile, même introduisant doigt par doigt, de vaincre la résistance des *Sphincters anaux ;* je ne parle pas des douleurs terribles qu'entraînerait une telle exploration.

Dans les hôpitaux, dans des circonstances rares de la pratique, le toucher rectal devra être employé, c'est incontestable. Mais dans la pratique usuelle, en général ; dans les petites localités et les campagnes, l'usage de ce mode de diagnostic sera toujours des plus restreints, partant d'un faible secours.

Sans parler de la répugnance invincible qu'ont les femmes pour ce genre d'investigations, il ne faut pas oublier que le *chloroforme* est la condition *sine qua non* de son exercice. Or, on sait que, précisément chez beaucoup de malades atteintes de corps fibreux, et justiciables du toucher rectal, l'anémie profonde causée par les *métrorrhagies* habituelles peut être une sérieuse contre-indication à l'emploi de l'anesthésie.

Quant au toucher *combiné* avec le *cathétérisme* de la vessie,

c'est un moyen que j'ai critiqué dans les mêmes numéros des *Archives* (mars 1878).

Employé *comme* le décrivent les auteurs, il ne peut guère fournir, selon moi, les renseignements certains dont ils parlent tous à l'occasion du diagnostic différentiel de *l'inversion* de l'utérus et des *polypes*.

« Je laisse de côté, bien entendu, le signe précieux tiré de la « *sensibilité* de l'organe pour ne m'occuper que du procédé « en question. »

Soit donc une tumeur traversant le vagin, faisant saillie à la vulve, et même hors de la vulve. Dans le doute où je suis de savoir si j'ai sous les yeux un *utérus inverti* ou un *polype*, je suis les préceptes du professeur *Barnes*, par exemple :

« Introduisez, dit ce maître, un doigt dans le rectum jus- « qu'au-dessus de la base de la tumeur ; passez une sonde dans « la vessie, l'extrémité tournée en arrière; si elle rencontre le « doigt dans le rectum, vous saurez que l'utérus a quitté sa « place et que c'est lui qui fait saillie dans le vagin. » (*Opérations obstétricales*.)

L'anatomie, ce me semble, prouve qu'il ne peut pas en être ainsi.

Voici pourquoi :

« L'utérus en *inversion*, sorti même du vagin, ne laisse pas « de *vide* au-dessus de lui, à sa place normale. Les anses de « l'iléum qui l'entourent, celles qui sont particulièrement en « contact intime avec son *fond* sur lequel on retrouve souvent « leurs moulures, suivent l'organe pendant qu'il s'invertit. « Pour mieux préciser, elles descendent et prennent l'ancienne « place — *place normale* — de l'utérus.

Conséquemment, le doigt, introduit dans le rectum pour sentir le bec de la sonde vésicale tourné en arrière, est séparé de ce bec par une masse intestinale remplie de matières fécales, et non point par les seules membranes rectale et vésicale.

Il n'aura donc — s'il l'a — qu'une sensation vague et confuse, au lieu de la sensation nette déterminée par une sonde

qui rencontre la pulpe d'un doigt à travers deux parois peu épaisses.

C'est là, en effet, ce qui doit avoir lieu. A moins d'admettre l'immobilisation spontanée et subite des anses de l'iléum dès que l'utérus s'invertit ; ce qui serait absurde.

Mon procédé :

Le moyen préconisé par tous, à peu près dans les mêmes termes, n'est pourtant pas sans valeur. Voici, seulement, comment on peut l'utiliser avec fruit :

1° Videz la vessie; exonérez le rectum ; passez un *lacs* sur la tumeur qui sort du vagin pour la maintenir très exactement dans la position qu'elle occupait avant l'examen.

2° Inclinez la femme, en la mettant la *tête en bas* par rapport au bassin.

3° Favorisez par des pressions méthodiques le refoulement vers le diaphragme des intestins qui, obéissant à la pesanteur, ont déjà laissé l'entonnoir pelvien.

4° Palpez alors, déprimez l'hypogastre derrière le pubis, et vous trouverez le *vide* correspondant à la place normale qu'occupait la matrice avant son inversion. Ce qui n'a rien d'étonnant, puisque les seuls organes capables de le combler en ont été éloignés par la pesanteur et les pressions.

5° Alors, seulement alors, le contact du *doigt* poussé haut dans le rectum, avec le *bec* de la sonde vésicale, sera réel, précis, puisque les deux agents d'exploration ne seront plus séparés que par les parois *vésicale* et *rectale*.

Tel est le procédé que j'ai plus longuement décrit dans le numéro de mars 1878 des *Archives de Tocologie*, sans avoir eu la prétention de fixer la science sur ce point.

DE LA DILATATION DU PRÉPUCE
CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr H. Picard.

Ayant eu dernièrement l'occasion de pratiquer la dilatation du prépuce à cinq enfants, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de rendre compte au lecteur de mes observations sur une opération préconisée autrefois par Nélaton et remise en honneur par M. Verneuil.

Le premier enfant auprès duquel je fus appelé avait vingt mois, et sa santé, quoiqu'il fût sujet à des accidents bizarres, était très bonne. A peine au lit, son agitation devenait extrême: il fléchissait à moitié les jambes sur les cuisses, les cuisses sur le bassin et les frottait l'une contre l'autre. En même temps, plaçant ses mains à la hauteur de la verge, soit hors du lit, soit sur la chemise, mais jamais immédiatement sur l'organe, il ramenait ses draps et les refoulait vers l'arcade pubienne. Les mêmes manœuvres se répétaient pendant la nuit et au réveil, en sorte que le sommeil de l'enfant, sans être précisément interrompu, se trouvait singulièrement troublé. Dans la journée à part des envies fréquentes, mais non douloureuses d'uriner, toutes les fonctions s'exécutaient normalement. Le médecin du petit sujet, le Dr Bergonié, de Rambouillet, attribuait tous ces troubles à l'exubérance du prépuce qui, ne permettant pas de découvrir le gland et de le laver, provoquait, comme cela se voit souvent, une irritation de cet organe qui se communiquait au système nerveux. MM. Pinard et Raymond, médecins de la famille, avaient été du même avis et conseillé la circonsision. Mais les parents, répugnant à ce moyen radical et ayant entendu parler du procédé de M. Verneuil, me prièrent de l'essayer.

Le prépuce, trop étroit pour être ramené en arrière, dépas-

sait le gland d'un centimètre environ, mais ne présentait, en somme, rien d'anormal.

Pour le dilater, je me servis du dilatateur à trois branches de Nélaton. Après l'avoir bien huilé et introduit dans l'orifice préputial, j'en écartai les branches autant que possible, sans cependant y mettre de violence et je retirai l'instrument presque aussitôt. La même opération recommencée le lendemain et le surlendemain ne produisit aucune déchirure de la muqueuse, ni une bien vive souffrance au petit opéré.

A ce moment, le prépuce étant tiré en arrière, je puis découvrir le méat et une toute petite portion du gland. Ce n'est pas que la dilatation ne fût pas assez large pour permettre à cet organe de traverser tout entier l'orifice préputial; mais il y avait des adhérences que je détruisis facilement, séance tenante, avec un stylet de trousse ordinaire. Puis le gland, un peu excorié à la couronne, ayant été enduit de cérat, le prépuce fut ramené en avant.

Les jours suivants, la même manœuvre consistant à tirer le prépuce en arrière et à le rabattre en avant, après avoir enduit le gland de cérat, fut renouvelée matin et soir.

L'enfant beaucoup plus calme ne s'agitait plus dans son lit et, aujourd'hui, deux mois après l'opération, le sommeil continue à être tranquille. La dilatation se maintient et, tous les cinq ou six jours, la mère découvre le gland, le lave et rabat le prépuce sans difficulté.

Les deux frères de cet enfant se trouvant dans les mêmes conditions, les parents, en présence de cet heureux résultat, me prièrent de leur pratiquer la même opération.

Je commençai par l'aîné un gros garçon de 3 ans. La verge, déjà beaucoup plus développée que celle de son frère, n'était, il est vrai, que très peu dépassée par le prépuce dont l'orifice par contre, plus étroit, offrait une bien plus grande résistance.

Le dilatateur à trois branches fut encore l'instrument dont je me servis, en ayant soin seulement d'ouvrir les branches avec plus de précaution. Malgré cela, au troisième jour, la dilata-

tion étant pratiquée chaque matin, je fus obligé de suspendre les séances pendant deux jours, parce qu'en haut et en bas la muqueuse s'était fendillée, avait un peu saigné et que le petit patient, ayant souffert en urinant, était resté une dizaine d'heures sans vouloir vider sa vessie.

La dilatation ayant encore été continuée le matin pendant trois jours, je pus tirer le prépuce en arrière, découvrir le méat et seulement une toute petite partie du gland, parce que, comme chez son frère, il y avait des adhérences. Du reste, quoique plus intimes, celles-ci purent néanmoins être détruites, avec le stylet en une seule séance. Le gland assez largement excorié, surtout au pourtour de la couronne, fut enduit de cérat et le prépuce rabattu. Soir et matin, pendant quelques jours le gland fut découvert, lavé et graissé. La dilatation s'est parfaitement maintenue.

La conformation préputiale du troisième frère âgé seulement de quatre mois, mais aussi bien portant que ses aînés, ressemble à celle du cadet ; le prépuce est exubérant, et de plus a son orifice tellement étroit que je suis obligé de forcer pour y introduire fermées les branches de mon dilatateur que je développe, d'ailleurs, autant que possible, si bien qu'en tirant le prépuce en arrière, je découvre d'emblée le méat et une partie du gland. Mais, comme sur ses deux frères, des adhérences très tenaces, surtout de chaque côté du frein, sont détruites avec le stylet, ce qui me permet de terminer l'opération en une seule séance.

Dans la soirée du même jour, le gland ayant été découvert, un peu d'œdème, que des compresses d'eau blanche ont bientôt réprimé, est apparu au prépuce, sans que le sommeil du petit opéré en ait été interrompu. L'opération n'a pas dû d'ailleurs être bien douloureuse, car l'enfant s'est mis à teter presque aussitôt après.

Mon quatrième opéré était âgé de 5 ans. Son frère avait dû subir à 7 ans la circoncision, pratiquée il y a deux ans, par M. de Saint-Germain. Mais l'opération avait été si compliquée par des adhérences que les parents désiraient, autant que possible, éviter cette opération à leur second garçon. Cet enfant

n'avait pas, d'ailleurs, le prépuce très long, mais l'orifice en était étroit et dur. Néanmoins, en trois séances de trente secondes environ, espacées de quelques jours à cause de l'indocilité du sujet, je pus, avec le dilatateur, obtenir une ouverture suffisante au passage du gland. Malheureusement ici, comme chez mes précédents opérés, je rencontrai des adhérences, mais d'une ténacité telle que je crus être obligé de me servir du bistouri et qu'il me fallut bien cinq minutes pour les rompre avec le stylet.

A la suite de ces manœuvres, l'enfant, comme celui dont j'ai parlé en second lieu, resta environ quinze ou seize heures sans uriner, mais n'eut ni frissons, ni fièvre, et seulement un peu d'inappétence pendant la journée.

Mon cinquième opéré, âgé de 11 ans et d'apparence délicate, me fut apporté pour une rétention d'urine datant, à ce que disait la personne qui l'accompagnait, de trois jours, assertion fort exagérée, si je m'en rapporte à la quantité d'urine contenue dans la vessie. Quoi qu'il en soit, je m'apprêtais à sonder le malade, quand je m'aperçus que l'étroitesse de l'orifice préputial ne permettait pas le passage de l'algalie. N'ayant point mon dilatateur avec moi, je pris deux sondes cannelées avec lesquelles j'écartais les bords du prépuce. Ceux-ci, sans déchirures, sans écoulement sanguin, s'élargirent assez pour que je pus immédiatement découvrir le gland libre d'adhérences et sonder mon malade, après avoir débridé son méat qui, pas plus que le prépuce, ne permettait le passage de l'instrument.

Il résulte de ces observations que la dilatation du prépuce chez l'enfant est une opération facile qu'on peut terminer promptement, pour ainsi dire sans douleur et sans autre inconvénient qu'une difficulté de la miction qui paraît céder au bout de quelques heures.

Au point de vue thérapeutique elle m'a donné le résultat cherché, puisque chez mon premier malade on a obtenu la cessation de l'agitation nocturne et, chez mon dernier, la déplétion de la vessie, séance tenante, sans avoir recours à l'instrument tranchant.

Il semble aussi, d'après les adhérences qui sont très communes

chez les jeunes enfants, que cette opération si facile devrait être pratiquée plus souvent ; car non seulement ces adhérences persistent quelquefois, mais un prépuce trop long et trop étroit peut être une cause de balanites répetées, de fongosités graves du gland, quelquefois d'incontinence et de rétention d'urine, de spermatorrhée, d'impuissance et autres accidents nerveux sérieux, comme on en trouve plusieurs exemples dans le dernier numéro du journal l'*Encéphale* (1).

C'est aux accoucheurs qui n'y font pas assez attention à porter plus souvent leurs investigations de ce côté et à prévenir les jeunes mères fréquemment ignorantes des inconvénients d'une pareille conformation. En suivant ce conseil, on ne verra plus ce que j'ai observé dernièrement, un enfant affecté, à l'insu de ses parents, d'un épispadias très étendu que le médecin accoucheur n'avait pas aperçu, parce qu'il était caché par un prépuce exubérant.

RAPPORT

PRÉSENTÉ A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE, SUR LA CIRCULAIRE DE M. LE PRÉFET DE LA SEINE, DU 26 JANVIER 1882, RELATIVE AUX DÉCLARATIONS A FAIRE POUR L'INHUMATION DES EMBRYONS DE SIX SEMAINES A QUATRE MOIS.

Par **M. Georges Rocher**, avocat à la Cour d'appel de Paris.

Messieurs,

A la date du 26 janvier 1882, M. le Préfet de la Seine a adressé aux maires des arrondissements de Paris une circulaire à l'effet de rendre obligatoire l'inhumation des embryons de six semaines à quatre mois qui était facultative jusqu'alors.

Je crois utile de vous faire connaître cette circulaire en son entier, elle est ainsi conçue :

---

(1) Journal l'*Encéphale*, 25 décembre 1881, p. 821.

Paris, 26 janvier 1882.

Monsieur le Maire,

Par ses circulaires en date des 26 novembre 1868 et 15 janvier 1869, l'un de mes prédécesseurs a reglé, conformément aux instructions du parquet, les formalités à remplir relativement à la déclaration et à l'inhumation des fœtus ainsi que des embryons de moins de quatre mois.

Toutefois, il ressort de ces instructions que, si l'inhumation des fœtus de plus de quatre mois est obligatoire, celle des embryons de six semaines à quatre mois est facultative ; par suite, les familles évitent généralement de procéder, pour ces derniers, à une inhumation régulière, soit à raison des dépenses qu'elle occasionne, soit surtout pour éviter la divulgation d'un accident que l'on répugne de faire connaître au public.

En fait, beaucoup de familles évitent de déclarer à l'officier de l'état civil les accouchements prématurés, malgré les termes du décret du 3 juillet 1806, et celles qui procèdent à cette déclaration refusent le plus souvent de faire procéder à l'inhumation régulière de l'embryon ; les embryons sont alors enfouis dans les caves, dans les jardins, dans des terrains vagues ou jetés dans les fosses d'aisances. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'inconvenance de ces pratiques, qui ont le grave inconvénient de provoquer des recherches judiciaires dans le cas où la découverte fortuite des restes fait croire à des actes criminels.

Afin de faire cesser les plaintes qui se sont produites à ce sujet, je me suis entendu avec l'administration des pompes funèbres pour expérimenter un mode de transport et d'inhumation des embryons qui, ne donnant lieu à aucune dépense ni à aucune cerémonie, me paraît de nature à satisfaire entièrement les familles intéressées.

Conformément aux prescriptions des circulaires susvisées des 26 novembre 1868 et 15 janvier 1869, complétées par celle des 22 janvier et 4 octobre 1875, les déclarations qui vous sont faites et qui concernent des embryons de moins de quatre mois de gestation sont suivies de la transcription, sur un registre spécial, du certificat du médecin vérificateur. Lorsque la famille demande l'inhumation,

celle-ci a lieu dans les formes accoutumées, vous percevez la taxe municipale et l'on appose sur le petit cercueil une plaque portant le numéro d'ordre du registre spécial aux déclarations de cette nature.

Ces instructions continueront à être appliquées toutes les fois que les déclarations seront suivies de demandes de convoi ; mais lorsque les familles ne voudront pas faire les frais d'un service, vous aurez à pourvoir d'office à l'enlèvement des embryons.

A cet effet, après avoir transcrit le certificat du médecin, l'employé de la mairie délivrera à l'ordonnateur particulier un coupon détaché d'un carnet à souche conforme au modèle ci-joint. Ce coupon contenant l'ordre d'inhumation et le reçu à signer par le conservateur sera transmis chaque jour à l'administration des pompes funèbres.

Il a été convenu avec les représentants de cette administration que tous les soirs une voiture spéciale, ne rappelant en rien la forme des corbillards, se rendra aux domiciles indiqués pour recueillir les produits embryonnaires, qui seront placés dans une petite boîte munie d'une estampille en plomb portant le numéro d'ordre du registre spécial et l'indication de la mairie. Enfin, ils seront portés ensemble au cimetière de la Villette et inhumés dans une division spéciale.

J'espère, Monsieur le Maire, que vous reconnaîtrez les avantages qui résulteront de ce mode de procéder. *Je vous prie de prendre les mesures pour qu'il soit porté à la connaissance des médecins et des sages-femmes de votre arrondissement, afin que personne ne puisse désormais se soustraire à l'obligation de déclarer les cas d'accouchement prématuré, nécessitant l'inhumation de produits embryonnaires.*

Vous n'avez pas à apprécier le plus ou moins grand intérêt de cette décision administrative au point de vue de l'hygiène publique ; mais le paragraphe par lequel elle se termine et sur lequel votre attention a été appelée à votre séance du 13 mars dernier par M. le Dr Netter, au nom de la Société des médecins du Xe arrondissement de Paris, intéresse le corps médical tout entier. Il semble résulter, en effet, de cette circulaire pour les médecins et les sages-femmes l'obligation de déclarer les cas d'accouchement prématuré nécessitant l'in-

humation des produits embryonnaires *soit au-dessus, soit au-dessous de quatre mois.*

Un de nos collègues, M. le Dr Lutaud, avait déjà, dans le *Journal de médecine de Paris*, dont il est le rédacteur en chef (n° du 11 mars 1882), critiqué les prescriptions de cette circulaire, et j'ai appris que la Société de médecine de Paris a, dans sa séance du 8 avril dernier, reçu, au nom d'une commission composée de MM. Christian, Lutaud, Rougon, Thorens et Durand-Fardel, un rapport qui, se plaçant surtout au point de vue pratique et médical, conclut à l'impossibilité et à l'inacceptabilité d'application de la circulaire qui nous occupe.

Quant à moi, messieurs, c'est au point de vue juridique seul que j'ai pu l'étudier, et je crois pouvoir vous déclarer qu'elle ne me paraît pas moins critiquable à ce point de vue spécial, ainsi que je vais essayer de vous le démontrer à la suite de l'examen que j'en ai fait, conformément à la mission que vous m'avez fait l'honneur de me confier.

Ce qu'il nous faut rechercher, c'est si M. le Préfet n'est pas sorti des limites de ses attributions, si les injonctions contenues en sa circulaire ne sont pas le résultat d'une fausse interprétation de la loi qui régit la matière, je veux parler des articles 55, 56 et 57 du Code civil et 346 du Code pénal, enfin si elles ne sont pas inconciliables avec l'article 378 du Code pénal.

Ce n'est pas la première fois que l'interprétation des articles 56 et 57 du Code civil soulève des difficultés, et déjà au mois de juillet 1869 la Société de médecine légale avait chargé trois de ses membres, MM. Demange, Devergie et Géry du soin de rechercher quelles étaient les obligations que ces articles, sanctionnés par l'article 346 du Code pénal, imposaient aux médecins, sages-femmes ou officiers de santé. Dans un rapport remarquable (1), nos honorables collègues examinèrent

(1) *Bulletin de la Société de médecine légale*, t. I, 2e fascicule, 1870, p. 384.

entre autres questions, celles de savoir dans quels cas le médecin était tenu de faire les déclarations prescrites par l'article 56, en quoi consistaient les déclarations imposées, et conclurent, pour le point qui nous occupe, que « *la déclaration* « *doit* TOUJOURS *être faite lorsque l'enfant est expulsé après le* « *quatrième mois de gestation*. »

Les termes mêmes de cette conclusion impliquent, comme conséquence, que la déclaration n'est pas obligatoire alors qu'il s'agit d'un embryon de moins de quatre mois, ce qui est absolument contraire aux injonctions de la circulaire préfectorale qui vous est déférée.

Si vous vous placez tout d'abord au point de vue pratique, l'examen attentif de ce document, même en tenant compte de l'exposé des motifs qu'il contient, vous paraîtra, comme à moi, d'une application à peu près irréalisable, car, malgré mon incompétence absolue en fait de questions de médecine pure, je considère comme difficile, pour ne pas dire impossible, l'observation des prescriptions qu'elle renferme.

Monsieur le Préfet, vous, l'avez vu, veut qu'il soit procédé pour les embryons de six semaines à quatre mois comme cela a lieu pour les fœtus de quatre mois. Or, qu'est-ce qu'un embryon de six semaines ? Dans combien de cas sait-on l'époque précise de la conception ? Quel intérêt y a-t-il à imposer aux familles de faire une déclaration à l'officier de l'état civil lorsqu'une fausse couche a lieu? Combien de fois pourra-t-on en produire le résultat?

Ce sont là des points sur lesquels vous êtes plus à même que moi de prononcer; mais, à mon avis, comme le dit fort bien M. Lutaud, ne vaudrait-il pas autant exiger des femmes une déclaration officielle chaque fois qu'elles éprouveront un retard dans leurs règles? Est-il possible de soutenir que dans de pareils cas les prescriptions légales relatives aux inhumations peuvent être applicables, et que l'article 358 du Code pénal doit être étendu jusque-là? Assurément non, et les auteurs les plus autorisés ont protesté contre une pareille théorie.

Dans quel but, alors, prescrire aux médecins ou autres pra-

ticiens de déclarer les accouchements prématurés de cette nature dont ils auront connaissance ?

Voyons, du reste, si la loi le leur impose et ce qu'elle leur impose, car si l'obligation de la déclaration ne résulte pas d'une façon formelle de textes de loi, il est certain que M. le Préfet de la Seine, en la matière, ne peut prétendre ériger sa circulaire en document législatif.

L'article 56 porte : « *La naissance de l'enfant* sera déclarée « par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine « ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres « personnes qui auront assisté *à l'accouchement.....* »

Le texte ne spécifie pas l'époque de la gestation à partir de laquelle la déclaration sera exigée : faut-il en conclure que la loi impose cette déclaration à toute époque, et peut-on tirer argument, pour le soutenir, du décret du 3 juillet 1806 qui a déterminé les mentions que devait insérer l'officier de l'état civil sur le registre spécial à ce destiné, lorsqu'il lui est présenté un enfant sans vie ? Voici ce décret :

Article 1er — Lorsque le cadavre d'un enfant, dont la naissance n'aura pas été enregistrée, sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie. Il recevra de plus la déclaration des témoins touchant les noms, prénoms, qualités et demeures des père et mère de l'enfant et la désignation des jour et heure auxquels l'enfant est *est sorti du sein de sa mère.*

Art. 2. — Cet acte sera inscrit à sa date sur les registres des décès, sans qu'il en résulte aucun préjugé sur la question de savoir si l'enfant a eu vie ou non.

Pour nous, ce décret n'a pas la portée qu'on avait essayé de lui donner, je dirai même qu'il est dans une certaine mesure la preuve que les dispositions de l'article 56 ne sont point applicables à l'enfant mort-né, puisque l'on a jugé nécessaire de rendre ce décret pour prescrire, dans ce cas particulier, la rédaction d'un acte spécial et déterminer les énonciations qu'il devait renfermer.

Il est important de remarquer que le décret n'impose pas, comme l'article 56 C. civ., aux personnes qui ont assisté à l'accouchement l'obligation d'en faire la déclaration; et cela se conçoit puisqu'il ne vise nullement la circonstance de la naissance prévue par le Code civil. Sa rédaction, du reste, dans les deux articles qu'il renferme, le démontre péremptoirement.

La généralité de ses termes a bien pu faire supposer, il est vrai, que, relativement aux inhumations, il visait sans distinction tous les produits de la conception ; cela parut dès longtemps exagéré, aussi, en 1868, le préfet de la Seine adressa-t-il aux maires de Paris une circulaire tendant à en délimiter l'application.

Nous croyons intéressant de vous faire connaître cette circulaire, pour que vous puissiez la mettre en parallèle avec celle qui vous occupe, d'autant qu'elle reproduit une lettre de M. Moignon, Procureur impérial d'alors, qui paraît partager l'opinion erronée de M. le Préfet de la Seine actuel relativement aux déclarations à faire par les médecins ou sages-femmes.

Paris, le 26 novembre 1868.

Monsieur le Maire,

Plusieurs de messieurs les Maires de Paris m'ont signalé les inconvénients inhérents au mode de procéder dans les déclarations des mort-nés et aux formalités compliquées qu'entraîne l'application du Décret du 4 juillet 1806 qui a tracé les règles à suivre en pareil cas. J'en ai référé à M. le Procureur impérial près le Tribunal de première instance de la Seine en le priant de me faire savoir s'il ne paraîtrait pas possible, en effet, de simplifier ces formalités, au moins dans un certain nombre de cas où elles peuvent sembler moins rigoureusement nécessaires. J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux la réponse de M. le Procureur impérial.

Monsieur le Préfet,

Jusqu'ici, ainsi que vous me faites l'honneur de me le rappeler, les accoucheurs ou les familles doivent, d'après les instructions de mon parquet, déclarer à l'officier de l'État civil comme mort-nés, tous les produits de la conception, à partir de six semaines. Cette pres-

cription et le point de départ adopté sont motivés sur ce qu'à compter de ce dernier terme, l'avortement peut être l'objet d'une constatation médicale utile, en ce sens que l'homme de l'art a le moyen de reconnaître si la fausse couche a été naturelle ou si au contraire elle a été provoquée par des manœuvres criminelles.

C'est donc afin d'appeler l'examen sérieux et consciencieux du médecin vérificateur du décès que la mesure a été prise et que le terme de six semaines a été fixé.

Il importe qu'elle soit maintenue en ce sens qu'une déclaration devra toujours être faite à l'officier de l'état civil par les accoucheurs et les familles. Quant à la suite à donner à cette déclaration, je suis d'avis, lorsque le produit de la conception à moins de quatre mois, qu'il suffit que le médecin, après avoir constaté ce fait et les circonstances qui s'y rattachent, transmette son certificat à l'officier de l'état civil, auquel incomberait seulement le devoir de consigner sur un registre spécial le certificat délivré par le médecin, sans qu'il soit nécessaire de dresser en présence des parties l'acte prescrit par le décret de 1806. Le décret en effet est relatif à la manière dont doit procéder l'officier de l'état civil, lorsqu'un enfant mort-né lui est présenté. Envisagée dans son texte et dans son esprit, cette disposition légale se refère évidemment au cas où un enfant est le produit de l'accouchement. J'ai du prendre l'avis de médecins éclairés afin de savoir à quelle époque de la grossesse le fœtus était viable, à quelle époque aussi il pouvait lui être donné le nom d'enfant. Il m'a été répondu que c'était à cinq mois ; qu'avant quatre mois, il n'existe qu'un embryon informe, qui, à quatre mois, prend le nom de fœtus et qui ne devient l'enfant viable qu'entre le cinquième et le sixième mois. La conclusion à tirer de ces données fournies par la science médicale, c'est qu'à quatre mois, il ne peut y avoir décès de ce qui, à proprement parler, n'a pas encore vécu. J'adopte cette théorie médicale, et en présence des inconvénients de démarches à faire par les parties, de formalités à remplir, sans qu'il y ait un intérêt véritable, j'estime qu'avant quatre mois de conception, l'officier de l'état civil n'aura point à se conformer aux prescriptions du décret de 1806, qu'il suffira de transcrire sur un registre le certificat du médecin vérificateur.

Signé : MOIGNON.

Vous aurez, Monsieur le Maire, à vous conformer à l'avenir à ces instructions et à les transmettre aux employés de vos bureaux.

Recevez,

Le sénateur, Préfet de la Seine.
Signé : HAUSSMANN.

Vous le voyez, messieurs, M. le procureur impérial de 1868, lui aussi, était d'avis que les accoucheurs ou les familles devaient déclarer à l'officier de l'état civil, comme mort-nés, tous les produits de la conception à partir de six semaines, et les restrictions qu'il apportait à l'application du décret de 1806 n'étaient que relatives aux formalités à remplir pour les inhumations de ces produits. C'est que, dans sa pensée, M. le procureur impérial ne visait qu'une chose : les cas d'avortements criminels, et cela est si vrai, que dans une autre circulaire du 15 janvier 1869, interprétative de la précédente, le préfet de la Seine indiquait que les déclarations devaient être portées, non pas sur un registre de l'état civil, mais sur *un livre de police* destiné à faire connaître le résultat de la vérification du médecin et à faciliter les recherches lorsqu'il existerait des soupçons d'avortement criminel.

Dans un pareil ordre d'idées, les médecins et les sages-femmes seraient purement et simplement des auxiliaires de la police.

Je ne citerai que pour mémoire les circulaires postérieures des 22 janvier et 14 octobre 1875 qui n'ont rien changé et n'ont fait que rappeler et confirmer celle de 1868.

Cette interprétation que l'on a voulu donner à la loi relativement aux déclarations à faire quand il s'agit d'embryons de six semaines à quatre mois est tout à fait inadmissible. Nous savons bien que l'on oppose la jurisprudence, qui semble unanime à imposer la déclaration de naissance dans tous les cas, quelle que soit l'époque de la gestation, en se fondant sur ce qu'il ne serait pas permis aux personnes privées de déterminer s'il y avait lieu ou non de faire cette déclaration, parce que la loi ne fait pas de distinction entre le cas où l'enfant a vécu et celui où

il est mort-né ; mais il est bon de remarquer que toutes les décisions qui ont admis cette opinion extrême posent comme condition, cependant, que le produit de l'accouchement présentera les formes d'un être humain. Or, si nous recherchons les divers documents de la jurisprudence se rattachant à ces questions de l'état des enfants, nous verrons qu'elle est divisée sur le point de savoir à quel degré de développement le fœtus doit être parvenu pour qu'on puisse le considérer comme un être humain, *un enfant* dans le sens où les divers textes ont pris ce mot.

C'est ainsi que certains arrêts ont décidé que c'est seulement à partir de l'époque où le fœtus, cessant d'être un simple embryon prend la forme et l'apparence humaines que sa suppression est punissable (1), aussi bien que son inhumation sans l'avis préalable de l'officier de l'état civil (2).

D'autres arrêts ont jugé, avec plus de raison, qu'en employant le mot « *enfant* », le législateur de 1863, qui a refait l'article 345 du Code pénal, a entendu parler, non d'un fœtus incomplètement organisé, mais d'un être réunissant les conditions indispensables à l'existence, et arrivé à l'état de viabilité (3). La Cour d'Amiens, dans une décision du 29 juin 1876, et celle de Dijon dans une décision du 11 mai 1879, se sont ralliées à cette dernière doctrine qui semble prévaloir aujourd'hui et qui, d'après nous, doit être adoptée relativement au défaut de déclaration et à l'inhumation sans autorisation des enfants mort-nés (4).

Nous demandons si jusqu'à quatre mois on peut prétendre que le fœtus est un être humain? Il nous semble avoir entendu dire que c'était seulement à dater de quatre mois que le sexe devenait apparent. Dès lors, ce ne serait qu'à partir de cette époque que le fœtus pourrait constituer un individu au point de

(1) Dijon, 16 décembre 1868, D.P. 69-2-35; Amiens, 20 décembre 1873, D.P. 75-5-175; Agen, 6 août 1874, D.P. 75-5-176.

(2) Metz, 24 août 1854, D.P. 54-5-131; Paris, 15 février 1865, D,P. 65-2-138.

(3) Grenoble, 10 février 1870, D.P. 71-2-35; Crim. rej., 7 août 1874, D.P 75-1-5; Poitiers, 31 août 1878, D.P. 79-2-29.

(4) Dalloz, *Jur. gén.*, Vo Actes de l'état civil: no 519.

vue juridique comme au point de vue scientifique, n'étant jusque-là qu'une môle charnue sans élément de vitalité. A partir de quatre mois seulement, il pourrait donc faire l'objet d'une constatation utile, et encore, et d'une déclaration telle que la loi la prescrit.

C'est, du reste, l'opinion professée par MM. Chauveau et Faustin-Hélie, dans leur théorie du Code pénal ; ainsi, après avoir déclaré que les dispositions de l'article 358 du Code pénal sont générales et absolues, qu'elles sont indépendantes des causes de la mort de l'individu dont une femme est accouchée, et qu'il n'est pas permis aux personnes privées de préjuger si l'enfant avait eu vie ou non, cette constatation étant dévolue par la loi à un homme public, ils ajoutent : « Cependant « il ne faudrait pas sans doute étendre cette décision jusqu'au « cas de l'inhumation du fœtus résultat d'un avortement. « Lorsqu'il n'y a pas eu accouchement, mais bien avortement, « il n'y a pas d'enfant, car ce nom ne saurait être donné à « l'embryon informe qui en provient, et par conséquent il n'y « a pas de décès ; il serait donc sans objet et presque toujours « impossible d'appliquer dans cette hypothèse les lois relatives « aux inhumations. »

Il y a même de très bons esprits qui soutiennent que les déclarations ne doivent être exigées qu'après six mois de gestation, puisqu'elles n'ont d'utilité que si l'enfant est susceptible de vivre de la vie extérieure, et que l'article 312 du Code civil, se basant sur les données de la science, fixe à six mois l'époque où la gestation paraît suffisante pour que l'enfant puisse être viable. Quant à moi, je me range absolument à cette dernière opinion qui me paraît la plus logique, la plus concordante avec l'esprit de la loi, et qui a au moins l'avantage d'avoir un point de départ déterminé.

Mais serrons le texte de plus près. L'article 56 rapproche la déclaration du fait de la naissance et de l'accouchement ; or, en médecine légale, comme le font les auteurs que nous avons cités plus haut, on distingue l'avortement de l'accouchement : le premier, c'est l'expulsion du fœtus à une époque où il n'est

pas encore assez formé pour vivre de la vie extra-utérine, le deuxième, c'est l'expulsion d'un enfant viable. Le législateur, lui aussi, admet cette distinction.

Eh bien, l'article 56 n'impose la déclaration de naissance que dans le cas d'accouchement et ne parle pas d'avortement. Dans le silence de la loi ou dans le doute sur la volonté du législateur, c'est le bon sens qui, s'appuyant sur les données de la science, doit servir de guide à l'interprétation des termes du texte, et nul n'a le droit d'ajouter à la loi.

Voyons, maintenant, au point de vue philosophique, quel a été le but de l'obligation imposée aux médecins de faire la déclaration de naissance, aussi bien qu'aux autres personnes qui en sont chargées. La pensée dominante du législateur a été, incontestablement, d'assurer l'état des enfants, et pour s'en convaincre, il suffit de se reporter à l'histoire des textes législatifs qui régissent cette matière.

C'est une loi du 20 septembre 1792 qui a fait de la déclaration de naissance un devoir. C'est elle qui a désigné les personnes à qui incombait cette mission, et, déjà à cette époque, l'oubli en était puni d'emprisonnement.

Lors de la rédaction du Code Napoléon, en l'an III, la peine fut supprimée, et la déclaration à faire des naissances n'eut plus de sanction ; l'article 56 était comme un conseil et comme l'indication d'un devoir à remplir pour les parents ou autres témoins de l'accouchement.

En 1810, le législateur crut devoir établir une sanction pour l'inobservation des prescriptions de l'article 56 du Code civil, et dans l'article 346 du Code pénal, il fixa les peines encourues. Cet article fut placé dans la 6e section du livre III de la nouvelle loi criminelle, section intitulée :

« *Crimes ou délits tendant à empêcher ou détruire la preuve* « *de l'état civil d'un enfant, ou à compromettre son existence.* »

Dans l'exposé des motifs présenté au Corps législatif par M. Faure, à la séance du 7 février 1810, on trouve sous la rubrique : « *Attentats contre l'état civil d'une personne* », le

passage suivant : « ... Le Code Napoléon, *pour assurer leur* « *état aux enfants*, exige que les naissances soient déclarées à « l'officier de l'état civil et désigne les personnes qu'il charge « de faire ces déclarations (1).... »

Et dans le rapport fait au Corps législatif dans la séance du 17 février 1810 par M. Monseignat, en présentant le vœu d'adoption émis par la commission législative sur le chapitre Ier du titre II du livre III du Code pénal, il est dit : « *Pour assurer* « *l'état d'un enfant*, tout témoin de *son entrée dans la vie* est « tenu de le déclarer à l'officier de l'état civil : le Code Napoléon « avait prescrit cette déclaration ; le Code criminel, pour en « assurer l'exécution, punit les infractions d'une amende et « d'un emprisonnement (2). »

Ces différents documents ne peuvent laisser planer aucun doute sur le but et l'intention du législateur lorsqu'il a prescrit la déclaration des naissances.

Depuis, l'esprit de la loi ne s'est pas modifié, car, lorsqu'en 1863 l'article 345 du Code pénal, compris dans la même section que l'article 346 a été remanié, voici ce que l'on lit dans l'exposé des motifs :

« L'ancien droit français et l'exposé des motifs du Code de « 1810 nous apprennent que le législateur n'a eu qu'un seul « but dans cet article, *celui de conserver l'état civil de l'enfant*, « et les incriminations diverses qu'il contient ne s'appliquent « qu'aux faits tendant à empêcher ou à détruire *la preuve de* « *cet état civil*...

« Si l'enfant est mort-né, il n'a jamais eu, ni pu acquérir, ni « pu transmettre aucun droit et sa suppression n'a pu avoir « aucune des conséquences, ni entraîner aucun des préjudices « que la loi a eus en vue. (3) »

C'est donc toujours l'établissement de l'état civil de l'enfant qui préoccupe le législateur, c'est à cette seule fin qu'il prescrit

---

(1) Locré, t. XXX, p. 465. XII, n° 19.
(2) Locré, t. XXX, p. 525. XIII, n° 29.
(3) Dalloz, Rec. périod., 1863, 4,92. — Loi du 13 mai 1863.

les déclarations de naissance ; pour qu'il y ait lieu de les faire, il faut donc, incontestablement, qu'elles présentent l'intérêt prévu; il faut qu'il y ait un individu capable d'avoir un état civil, un enfant ayant pu vivre, ayant pu dès lors avoir des droits à exercer ou à transmettre, il faut un intérêt social. Il ne peut, en conséquence, être question que d'un être ayant eu ou pu avoir une existence légale ; or, il est incontestable et incontesté que, jusqu'à quatre mois et en réalité jusqu'à six mois, le fœtus ne remplit pas ces conditions.

Les articles 56 et 57 du Code civil ne peuvent, par suite, de toute évidence, s'appliquer au cas où l'enfant est sorti sans vie du sein de sa mère, car un être semblable n'a jamais eu d'existence individuelle, ni dans la nature, ni aux yeux de la loi ; on ne saurait dès lors le considérer comme une personne dans la véritable acception du mot.

A quoi aboutiraient donc les prescriptions de cette circulaire du 26 janvier 1882 qui veulent imposer des déclarations pour des embryons de six semaines à quatre mois, puisque dans cette période on peut affirmer qu'il n'y a ni naissance, ni accouchement, ni enfant !

Elles sont dès lors entièrement contraires au vœu du législateur comme au texte lui-même: elles sont, par cela même, absolument extralégales.

Cette démonstration suffirait amplement à établir que les médecins ne doivent aucunement se préoccuper des injonctions qui leur sont faites au nom de M. le Préfet de la Seine; mais il y a encore un autre motif qui a bien son importance, c'est qu'elles sont contraires au principe du secret professionnel.

L'article 378 du Code pénal détermine les peines qui seront portées contre les personnes, dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets.

Les prescriptions de l'article 56 C. Civ., sanctionnées par l'article 346 du Code pénal, constituent précisément un cas spécial où la loi oblige les médecins à se porter dénonciateurs; ce n'est plus comme médecins qu'ils agiront, mais comme de simples

témoins de la naissance et de l'accouchement. C'est là une exception formelle au principe, qui repose sur un intérêt social de premier ordre, la sauvegarde de l'état de l'enfant né viable, la protection de la successibilité, la conservation de la famille.

Il a fallu une nécessité impérieuse pour amener l'introduction dans la loi d'une pareille dérogation; et encore pour sauvegarder le principe, a-t-on admis certaines restrictions dans l'étendue des déclarations imposées aux médecins, puisqu'ils ne sont tenus de déclarer que le fait de la naissance, sans être obligés de dévoiler ni le nom de la mère, ni le lieu précis où l'accouchement s'est produit.

Que deviendrait le secret professionnel si les médecins, comme veut le prétendre M. le Préfet de la Seine, étaient obligés de dénoncer tous les cas d'accouchements prématurés, venus à leur connaissance dans l'exercice de leur profession, chez des filles, des femmes veuves ou des femmes séparées de leur mari?

Dans les cas que vise la circulaire du 26 janvier 1882, aucun des motifs graves qui ont nécessité la dérogation de l'article 56 n'existent : pas d'intérêt public à sauvegarder, ni à protéger, au contraire; et sous un simple prétexte d'hygiène, que de scandales soulevés! Au reste, nous sommes en matière d'exception, et les exceptions ne s'étendent pas, elles sont de droit strict.

Remarquez qu'il n'y a pas même d'intérêt judiciaire dans la dérogation que M. le Préfet de la Seine voudrait introduire, car ce serait une erreur de croire que les déclarations des médecins, dans les cas qu'il vise, faciliteraient la découverte d'avortements criminels, puisque la jurisprudence tend à s'établir que, pour qu'il y ait lieu d'appliquer le § 3 de l'article 345 du Code pénal, le Ministère public doit démontrer, non seulement qu'il y a eu grossesse et accouchement, mais encore que la grossesse a durée plus de 180 jours (art. 312 C. civ.) (1).

---

(1) Journal *le Droit* du 31 mars 1882. Jugement du tribunal correctionnel de Romorantin du 8 août 1881.

Donc, inefficacité complète et de plus illégalité des déclarations du médecin; dès lors, le médecin qui viendrait à faire une dénonciation dans ces circonstances ne serait nullement couvert par les prétendues injonctions du Préfet de la Seine, et il pourrait s'exposer aux peines édictées par l'article 378 du Code pénal.

Nous croyons donc pouvoir résumer ainsi les trop longues observations que nous venons de vous présenter et vous proposer de décider :

1° Que les prescriptions de la circulaire du 26 janvier 1882, sont irréalisables dans la plupart des cas, tant au point de vue pratique qu'au point de vue médical ;

2° Qu'elles sont extralégales, et sans utilité, même au point de vue judiciaire ;

3° Qu'elles sont contraires au grand principe du secret professionnel ;

4° Qu'enfin, en dehors d'un texte législatif formel, elles ne peuvent être imposées par l'autorité administrative qui ne saurait se mettre au lieu et place du législateur, n'ayant droit de prendre que des mesures de simple police.

En conséquence, il ne résulte aucunement de la Circulaire de M. le Préfet de la Seine, du 26 janvier 1882, pour les médecins (sages-femmes ou officiers de santé) « *l'obligation de déclarer les cas d'accouchement prématuré nécessitant ou non l'inhumation de produits embryonnaires* » AU-DESSOUS DE QUATRE MOIS.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Urgence de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, surtout dans les hôpitaux d'enfants et le dépôt des enfants assistés par M. MARJOLIN. — L'expérience a démontré qu'il suffisait d'isoler les malades atteints de maladies contagieuses pour em-

pécher la transmission. C'est dans les hôpitaux d'enfants que la contagion est le plus à craindre. Guersant et Marjolin lui-même ont vu souvent leurs opérés être atteints de maladies contagieuses. L'hôpital Trousseau possède actuellement des salles d'isolement; mais l'hôpital des enfants malades ne présente qu'une salle spéciale pour les varioleux.

M. Marjolin a recueilli de nombreux faits de contagion, un entre autres qui l'a porté à faire cette communication. Une femme entrée à l'hôpital Lariboisière avait mis trois enfants au dépôt. Tous trois sont morts de la diphthérie. Un enfant de sa sœur est également mort de contagion.

Voici le fait :

Le 26 octobre 1881, une femme de 27 ans, accouchée l'avant-veille de son quatrième enfant, entrait à Lariboisière pour une péritonite. Les trois enfants furent conduits au dépôt le 26 octobre ; ils sortirent le 2 novembre sur la demande de leur vieille grand'mère, qui ne pouvait vivre sans ses petits enfants. Le lendemain le premier était mort de la diphthérie, les deux autres succombèrent le 18 et le 21 novembre.

D'après les dates de la sortie du dépôt et du début de la maladie, M. Marjolin persiste à croire que le point de départ de l'infection a été le dépôt, il n'y avait aucun cas de diphthérie dans le voisinage.

En très peu d'années, M. Marjolin a pu relever plus de 80 exemples d'ophthalmie purulente contractée au dépôt. Pendant longtemps, à cette époque les enfants se lavaient le visage dans le même baquet; heureusement cette déplorable coutume a cessé au dépôt des Enfants-Assistés, mais elle existe encore dans les colonies pénitentiaires d'enfants.

Le 25 mars 1872, M. Panas, alors chargé de la consultation des maladies des yeux au bureau central, disait à M. Marjolin que non seulement il avait souvent à constater chez des enfants des cas d'ophthalmie purulente, contractée au dépôt, mais encore qu'il rencontrait cette affection chez des parents, qui l'avaient contractée près de leurs enfants.

L'ophthalmie granuleuse non seulement fait oublier aux enfants le chemin de l'école, mais encore elle gagne en général toute la famille. Quelques oculistes, pour éviter cette contagion, conseillent même aux parents de faire entrer leurs enfants à l'hôpital.

En présence d'un pareil état de choses, il ne faut plus se borner

à des vœux platoniques, mais réclamer avec énergie des modifications immédiates. Rester indifférent devant des faits aussi douloureux, c'est se rendre complice des malheurs qu'il nous appartient de prévenir.

Le temps presse. Au mois d'août 1881, une femme de 26 ans entrant à l'hôpital Necker, mit au dépôt son enfant âgé de 33 mois. Lorsqu'elle le retira son enfant avait le croup et mourait quelques jours après. Cette femme était sortie assez rapidement de l'hôpital parce qu'elle avait entendu dire à ses voisines de salle que les enfants mis au dépôt mouraient souvent de maladies contagieuses.

Il ne s'agit pas ici de ces petits êtres de quelques jours ou de quelques mois qui ne font que traverser l'infirmerie pour aller à la salle des morts, mais d'enfants bien portants, ayant dépassé la période si dangereuse du premier âge.

Pour prévenir le danger, il suffit que les enfants bien portants soient séparés rigoureusement de ceux qui sont atteints de maladies contagieuses. Il faudrait en outre, pour les entrants, chez lesquels il y aurait doute, une salle d'observation où le médecin les verrait tous les jours.

A leur entrée au dépôt les enfants sont rigoureusement examinés, et leur état est consigné sur un registre, il faudrait de plus mentionner l'état dans lequel les enfants sont rendus à leurs parents.

Vaccine humaine. — M. Burq fait présenter à l'Académie de petits appareils pour conserver le vaccin jennérien. Il leur a donné le nom de *grande vaccineuse*, *vaccineuse des familles*, *grenier à vaccin*. Ce sont des boîtes de formes appropriées contenant des aiguilles qu'on charge de vaccin avec un pinceau.

(*Séance du 25 avril* 1882.)

Paul Rodet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

De la cure des fistules rétro-vulvaires, par M. Verneuil. — Nous trouvons au début de ce travail les propositions suivantes :

1° Les fistules rétro-vulvaires petites, aisément abordables, très faciles à opérer, sont extrêmement difficiles à guérir.

2° Les procédés américains, si bien conçus, si efficaces dans les cas de fistules vésico-vaginales, échouent le plus ordinairement ici, lors même qu'ils sont irréprochablement exécutés.

3° Les échecs multipliés ont poussé les chirurgiens à modifier sans cesse leur manière d'opérer, mais ces changements n'ont pas eu grand résultat, parce que les causes des insuccès ne sont pas suffisamment connues.

4° C'est à la découverte de ces causes qu'il faut s'attacher si l'on veut sûrement mener à bien une opération si minime, si simple, que sa non-réussite est une véritable honte pour la chirurgie.

Il ne s'agit pas ici de fistules recto-vaginales, mais de perforations situées très près de la vulve. Trois cas de ce genre ont été rapportés dans les *Mémoires de chirurgie* (t. I, p. 949 et suiv.). L'insinuation des gaz à travers la suture parut la grande cause des insuccès, et pour y remédier, le sphincter anal fut attaqué de plusieurs façons différentes; une sonde en caoutchouc rouge, flexible, fut laissée à demeure dans le but de soutirer les gaz; les sutures furent modifiées de différentes manières. En somme, voici les résultats définitifs de ces sutures.

Cinq cas de suture simple, cinq insuccès ;

Cinq cas de suture double, quatre insuccès, un succès ;

Deux cas de suture simple avec section du sphincter, deux insuccès.

Après avoir examiné les causes probables de ces insuccès, en commentant les cas dans lesquels la nature ou le chirurgien ont réussi, et en faisant le parallèle des défaites et des victoires, le savant professeur arrive aux conclusions suivantes, la santé générale de la femme, étant le plus souvent hors de cause.

Les causes qui font souvent échouer si souvent la cure chirurgicale des fistules rétro-vulvaires sont essentiellement locales ; les principales sont :

A. — Le peu d'épaisseur de la cloison recto-vaginale, au point où siège la fistule. ce qui empêche d'affronter des surfaces avivées suffisamment larges, et de comprendre dans l'anse des sutures une quantité suffisante de parties molles ;

B. — Le contact des matières intestinales liquides ou gazeuses avec les surfaces suffisamment avivées, contact difficile à prévenir

ou empêcher, et qui fait échouer presque sûrement la réunion par première intention.

Quant aux procédés employés :

1° Les procédés mis en usage jusqu'ici pour combattre ces causes : formation de lambeaux, dédoublement des lèvres de la fistule, dilatation forcée ou débridement du sphincter, double plan de sutures, etc., n'offrent pas assez de garantie pour être recommandés sérieusement.

2° L'avivement sanglant, suivi aussitôt de réunion immédiate, c'est-à-dire l'anaplastie en un seul temps, doit être jusqu'à nouvel ordre abandonné.

3° La guérison spontanée des perforations rétro-vulvaires peut s'observer après l'échec de la suture sanglante ; elle s'effectue par adhésion secondaire de la membrane granuleuse qui s'établit sur les surfaces avivées, adhésion qui n'est point empêchée par le contact passager ou permanent des matières intestinales.

4° Cette guérison spontanée exige toutefois certaines conditions. Il faut (étant connue la disposition en zone circulaire qu'affecte la plaie granuleuse), il faut, dis-je, que la rétraction concentrique l'emporte en puissance et en vitesse sur la rétraction radiée. Dans le cas contraire elle est impossible, parce que la rétraction radiée attire la muqueuse rectale dans l'orifice fistuleux qui reprend ainsi ses conditions de permanence.

Le mode d'avivement usité dans le procédé américain entrave certainement, au cas où la suture manque, l'occlusion spontanée de la fistule et il en est de même de la cautérisation telle qu'on la pratique d'ordinaire dans l'espoir de favoriser cette occlusion.

5° La guérison spontanée est à coup sûr possible, mais fort aléatoire. L'on peut donc et doit même venir en aide à la nature ; on y parviendra en adoptant l'opération en deux temps, c'est-à-dire l'avivement par la cautérisation, et la réunion immédiate secondaire lorsque les surfaces granuleuses seront jugées aptes à l'adhésion. La suture métallique simple, exécutée à l'ordinaire, pourra suffire sans doute ; mais, à certains cas, il pourra convenir d'y adjoindre une suture de renfort ou de soutien.

6° L'insuccès de la suture étant fort possible, il sera sage de mettre la fistule dans des conditions telles que la guérison spontanée par rétraction concentrique et adhésion lente des surfaces granuleuses soit encore réalisable. Il suffira pour cela de supprimer préventive-

ment l'obstacle essentiel à la cure naturelle, en détruisant dans une étendue suffisante la muqueuse rectale au pourtour de l'orifice intestinal de la fistule.

(*Séance du* 8 *mars* 1882).

R. CHENET.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Exomphalos. — Le Dr ROUTH présente un fœtus chez lequel il y avait une hernie de l'intestin et du cerveau. Les orifices herniaires crânien et abdominal étaient réunis par une membrane. La colonne vertébrale était incurvée en arrière. Il y avait un bec-de-lièvre.

Tumeur ovarienne. — Le Dr John WILLIAM présente un kyste ovarien multiloculaire, dont le pédicule a subi une double torsion. Toute la face interne et le contenu de la tumeur étaient dans un état avancé de transformation nécrobiotique, mais il n'y avait pas de putréfaction.

Fibrome enlevé par la laparotomie. — Le Dr MEREDITH présente un fibrome utérin, d'un poids de six livres, qu'il a enlevé avec deux ovaires, en faisant la section abdominale. Il l'a détaché au niveau de l'orifice interne du col, puis il a fait passer le serre-nœud de Kœberlé autour du col, dans lequel il a fait passer deux fortes épingles par transfixion et qu'il a fixé à l'angle inférieur de la plaie. L'ovaire droit portait un fibrome, qui lui donnait un volume double de l'état normal.

Le Dr ROUTH dit que, lorsqu'on enlève l'utérus, le point important est de fixer le moignon à l'extérieur.

Le Dr THORNTON ajoute que la cavité utérine contient dans ces cas et presque toujours des matières septiques; aussi, quand on le sectionne, il vaut mieux adopter le traitement intra-péritonéal.

Examen histologique d'ovaires malades. — Le Dr GALABIN présente des coupes d'un ovaire malade, et d'un ovaire sain. Le premier contient un grand nombre de cellules sphériques; son parenchyme est plus lâche et plus volumineux que le dernier.

Deux cas d'oophorectomie vaginale unilatérale, par le Dr BRAITHWAITE. — Cas I. La malade, âgée de 30 ans, souffrait d'accès dyspnéiques, qu'elle ne pouvait calmer qu'en prenant une certaine position. On constatait un souffle mitral ; elle était pâle, d'une constitution chétive, et il est probable que le muscle cardiaque était extrêmement faible. La menstruation était normale. Elle avait un prolapsus d'un ovaire, dont la compression ne causait pas de la dyspnée, mais déterminait de grandes douleurs. On diagnostiqua une dyspnée d'origine cardiaque, augmentée en quelque sorte par l'état hyperesthésique de l'ovaire prolapsé. C'était la seule façon d'expliquer le soulagement causé par certaines positions du corps. On enleva l'ovaire prolapsé et la dyspnée fut très diminuée, mais non complètement guérie.

Cas II. Une femme de 22 ans avait toujours été très hystérique. Elle éprouvait une douleur continue dans la région ovarienne gauche, datant de trois ans et demi, depuis la naissance de son premier enfant. L'ovaire gauche était prolapsé en arrière de l'utérus et très sensible. On l'enleva et la guérison fut complète.

L'auteur est d'avis que l'oophorectomie vaginale est le procédé le meilleur et le plus simple d'enlever un ovaire prolapsé non adhérent.

Le Dr Robert BARNES regrette que l'opération de Battey ne soit pas encore sortie du domaine de la chirurgie expérimentale. Il y a trois mois, il a enlevé les deux ovaires dans un cas de fibrome utérin et celui-ci a presque disparu ainsi que les douleurs qu'il causait.

Le Dr SMITH dit qu'on aurait tout intérêt à connaître l'état de la malade au bout de six ou douze mois ; car le Dr Battey a remarqué que lorsqu'on n'enlevait qu'un seul ovaire, les douleurs pouvaient reparaître. Il croit que l'incision abdominale est préférable chez les vierges ; il faudrait faire une incision de près de 0m, 10 de long. Les ovaires qu'il a enlevés étaient tous malades ; mais pour lui, il est certain que, dans certains cas, l'opération est appelée à rendre de grands services.

Le Dr THORNTON croit que l'oophorectomie pratiquée dans le cas d'ovarialgie est encore une pratique discutable, mais qu'elle est tout indiquée qnand on a affaire à des métrorrhagies causées par un fibrome. Les statistiques montrent que l'opération faite par l'abdomen ne fait courir aucun danger, ce que l'on ne pourrait dire de l'opération par le vagin.

Le Dr MATTHEWS DUNCAN n'est pas opposé à l'oophorectomie, mais il n'admet pas la manière de faire de M. Braithwaite. Enlever un ovaire

comme moyen de traitement d'une dyspnée cardiaque est pour lui un procédé barbare, et il ne peut se figurer qu'un médecin sensé pourrait l'adopter.

Grossesse extra-utérine traitée par la section abdominale, avec enlèvement du fœtus et du placenta hypertrophié. Guérison, par M. Thornton. — L'auteur divise les grossesses extra-utérines en trois classes :

1. Celles où un diagnostic exact est possible ;
2. Celles où l'ôn ne peut arriver qu'à un diagnostic probable ;
3. Celles qui restent inaperçues jusqu'à ce qu'il se produise une hémorrhagie interne ou un autre accident fâcheux.

Dans la première et la dernière classe, on doit opérer. Dans la seconde, on doit faire une opération exploratrice, si les symptômes sont urgents.

Mais l'opération ne doit être pratiquée qu'avec les plus grandes précautions antiseptiques et par un chirurgien habitué à faire la section abdominale.

Le Dr Routh croit que, quand la présence d'une tumeur abdominale coïncide avec l'expulsion d'une caduque complète par le vagin, on peut porter le diagnostic de grossesse extra-utérine. Dans le cas précédent, l'enlèvement avec succès du placenta a été dû à son état hypertrophique. Peut-être aurait-on pu entendre le souffle placentaire.

Le Dr Duncan attire l'attention sur ce fait que le placenta continue à vivre et même à s'hypertrophier après la mort du fœtus. Pour lui, le souffle n'est pas placentaire, il est utérin. L'expulsion d'une caduque entière est un élément de diagnostic de grande valeur. Il rappelle un cas dans lequel, après l'expulsion d'une caduque, il se fit une rupture du sac et une hémorrhagie interne. Au bout de quelques jours il évacua l'hématocèle par le vagin et trouva des villosités choriales dans le liquide. Aujourd'hui il aurait fait la laparotomie afin d'arrêter l'hémorrhagie. (*Séance du 5 avril 1882.*)

Paul Rodet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel des maladies des femmes, par le Dr LOMBE ATHILL, professeur à l'hôpital de la Rotonde, de Dublin (1).

Commençons par dire que le livre dont nous allons rendre compte, et dont nous devons la traduction à M. le Dr LAVOIE (de Québec), a déjà eu six éditions en Angleterre. Cela suffit pour faire apprécier la valeur du livre. Bien que de modeste apparence, puisqu'il ne contient que 352 pages, nous nous hâterons de dire qu'il est l'œuvre d'un praticien consommé et qu'il comprend l'étude de presque toute la pathologie féminine.

Les matières contenues dans ce manuel sont exposées sous forme de leçons cliniques.

La première leçon consacrée à l'examen des organes génitaux, passe en revue l'emploi des divers spéculums et de la sonde utérine ou hystérométrie. L'auteur considère avec raison la sonde utérine comme fournissant des indications précieuses pour le diagnostic des maladies utérines. Il s'étonne qu'il existe encore tant de préventions contre un moyen d'exploration si utile, mais il reconnaît que la sonde doit être maniée prudemment et habilement, si l'on veut éviter les accidents. La sonde que préfère l'auteur, à juste titre, est faite de cuivre argenté. Ce cathéther a l'avantage de se plier et de pouvoir être modifié à volonté suivant le degré de flexion de la cavité qu'il s'agit d'explorer.

La deuxième leçon comprend l'étude des maladies de la vulve, le prurit vulvaire, la leucorrhée, la vaginite, le vaginisme.

Le vaginisme, dit l'auteur, paraît être le résultat d'une irritation des nerfs qui se rendent au sphincter et au muscle constricteur du vagin due le plus souvent à une inflammation de l'orifice vulvaire.

Vient ensuite, dans les leçons III, IV, V et VI, l'étude des troubles menstruels, leucorrhée, dysménorrhée, ménorrhagie.

(1) Volume in-12 de 352 pages avec figures dans le texte, chez Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. — Paris, 1882.

Dans le traitement de la ménorrhagie, qu'elle tienne à un défaut d'involution de l'utérus après l'accouchement ou à une endométrite, l'auteur a recours le plus souvent à l'emploi de *l'acide nitrique fumant* qu'il porte dans l'intérieur de la cavité utérine, au moyen d'une légère couche de coton enroulée à l'extrémité d'un fil de platine et que l'on fait glisser dans l'intérieur d'un tube de caoutchouc durci ou de verre.

Lorsqu'il s'agit pour faciliter l'opération de dilater le col, on doit préférer la laminaire à l'éponge préparée. La laminaire n'excorie pas la muqueuse utérine, et partant n'expose pas à l'absorption de matières septiques.

Les VIIe et VIIIe leçons comprennent l'étude des polypes muqueux et fibreux et celle des fibromes.

Dans la IXe et la Xe, l'auteur expose les caractères de l'inflammation utérine, les ulcérations du col, la cellulite pelvienne, l'hématocèle.

Vient ensuite dans la XIe, l'étude des déplacements utérins; rétroflexion, rétroversion, antéflexion, prolapsus utérin, et dans la XIIe l'auteur passe en revue les diverses causes qui peuvent déterminer une augmentation du volume de l'organe utérin.

Les leçons XIII, XIV et XV sont consacrées au cancer de l'utérus et aux maladies des ovaires, kystes, ovarite.

Enfin dans les deux dernières leçons qui ont pour titre: Thérapeutique de l'utérus, nous trouvons un exposé général des moyens auxquels on a généralement recours dans le traitement des diverses affections de la matrice, tels que bains de siège chauds et froids, sacs d'eau chaude et de glace de Chapman, bandages mouillés, vésicatoires, applications vaginales et utérines, injections et douches vaginales, applications intra-utérines, enfin les moyens médicinaux auxquels il convient de recourir.

Il nous est impossible de donner une analyse des divers chapitres du livre qui sont un résumé très exact, mais succinct, de nos connaissances actuelles en gynécologie. Nous engageons fortement nos lecteurs à se procurer ce volume, qu'il est facile de lire en quelques heures et que sa clarté rend très précieux pour l'étudiant et le praticien.

A. Leblond.

TRANSACTIONS OF THE AMERICAN GYNECOLOGICAL SOCIETY.

(Vol. V, 1880.)

Des indications de l'opération de Battey. — Le Dr Robert Battey établit tout d'abord que le chirurgien ne doit porter son bistouri sur l'ovaire ou le testicule qu'après une mûre réflexion et qu'en dernier ressort. Avant de s'y décider, on doit se poser les questions suivantes : 1° Le cas est-il grave ; 2° est-il incurable par d'autres moyens : 3° peut-on avec raison espérer une guérison de l'opération ? Si une seule de ces questions trouve une réponse négative, l'opération n'est pas justifiée.

L'oophorectomie a donc été indiquée dans les cas suivants. 1. Absence congénitale de l'utérus avec activité fonctionnelle des ovaires qui avait amené une maladie du cœur, la congestion menstruelle ne disparaissant pas avec le flux menstruel. 2. Occlusion des voies génitales à la suite de l'accouchement. L'écoulement menstruel étant rendu impossible, l'état du malade se trouvait le même que dans le cas d'absence congénitale de l'utérus. 3. Manie menstruelle. Dans ce cas l'opération est indiquée pour deux raisons : l'état mental produisant une grande perturbation nerveuse, l'ovulation est atteinte par ce trouble ; l'impression profonde que l'opération fait subir à l'organisme peut ramener à l'état normal les facultés intellectuelles. 4. Dans l'épilepsie ovarienne. On devra distinguer les cas d'épilepsie simple chez des femmes menstruées et ceux qui relèvent d'une affection ovarienne ou d'un trouble de l'ovulation. 5. Ovarite chronique lorsque la glande a subi des altérations profondes dans sa structure, qu'il y a des adhérences péritonéales et que l'ovulation est très douloureuse. 6. Dans une autre classe de cas, le symptôme habituel est l'aménorrhée sans affection apparente de l'ovaire où le système nerveux est profondément troublé par cette absence des règles, et où un traitement local de l'utérus n'amène aucun résultat et où la santé générale est gravement compromise. 7. Dans certains cas de hernie de l'ovaire causant des souffrances intolérables. 8. Dans les cas de fibromes utérins interstitiels et sous-muqueux avec hémorrhagies graves. 9. Dans certaines flexions utérines incurables qui revêtent une telle gravité qu'on doit y remédier en sacrifiant les ovaires. 10. Dans les vices de conformation du bassin qui nécessitent l'opération césarienne.

Déplacement antérieur de l'ovaire simulant une hernie inguinale, par George Engelmann.—L'auteur rapporte un cas où l'opération de Battey a été pratiquée pour un déplacement antérieur de l'ovaire simulant une hernie inguinale. C'est une variété rare dont on a cité peu d'exemples.

Cas I. — Il s'agit d'une jeune Américaine de 24 ans, mélancolique, très émaciée. Sa santé est altérée depuis cinq ans, mais surtout depuis ces deux dernières années, où elle tomba d'un deuxième étage sur les pieds. Depuis ce moment elle éprouvait des douleurs violentes à chaque période menstruelle ; immédiatement après cette chute apparut dans l'aine une enflure qui était surtout appréciable aux époques cataméniales pendant lesquelles elle pouvait à peine marcher ; elle était souvent obligée de garder le lit et était incapable d'étendre la jambe. Elle avait employé tous les traitements possibles, mais sans succès. L'extirpation de l'ovaire lui rendit la santé, et au bout de trois mois elle pouvait reprendre sa profession de domestique.

Cas II. — C'est l'observation d'une Allemande de 46 ans qui n'avait jamais eu d'enfants, qui était délicate et chez laquelle on croyait à l'existence d'une hernie survenue à la suite d'un traumatisme à l'âge de 3 ans, et qui depuis cette époque portait un bandage. A l'âge de 21 ans environ, elle avait aggravé sa position en faisant une chute sur le siège et ses souffrances étaient très augmentées, surtout celles de nature nerveuse. Elle était devenue triste, elle avait de l'hyperesthésie cutanée qui l'empêchait parfois de supporter le contact de ses habits, elle éprouvait une sensation de pesanteur et d'irritation dans le rectum, enfin elle souffrait des douleurs pelviennes, d'insomnie et de troubles intellectuels. En l'examinant, on trouve les petites lèvres tuméfiées, un vagin rigide et étroit, l'utérus en rétroversion : l'ovaire droit est parfaitement senti en avant de l'utérus, il était sensible et augmenté de volume ; l'ovaire gauche n'est pas déplacé, mais hyperesthésié. Comme la malade approchait de la ménopause, on ne pratiqua pas l'opération de l'ovaire.

Le Dr Engelmann est un partisan résolu de l'enlèvement des ovaires; quand il est indiqué, il fait l'incision sur la ligne blanche au lieu de pénétrer par le vagin ou par l'aine dans les cas où l'ovaire est hernié.

Le Dr Barker a observé trois cas de déplacement antérieur de l'ovaire et il n'était pas question de traumatisme ; aussi il pense que ces dé-

placements sont congénitaux. Le Dr Wilson rapporte un cas où il proposa d'enlever de suite l'ovaire déplacé, puisque les procédés thérapeutiques et mécaniques avaient échoué. Il y a vingt-cinq ans, le Dr Byford enleva un ovaire hernié et ne reconnut la nature de la tumeur qu'à l'ouverture du sac. D'après lui, dans tous les cas où l'opération de Battey est indiquée, on trouvera l'ovaire malade, soit kystique, soit congestionné ou diminué de volume. Le Dr Thomas Wood rapporte le cas d'une femme qui eut six enfants après qu'on lui eut enlevé un ovaire. Quant à l'établissement de la ménopause et aux effets de l'oophorectomie sur les fibromes utérins, le Dr Battey dit que, dans les 15 cas où il a extirpé les ovaires, la ménopause s'est établie, mais que la menstruation a persisté quand il n'avait enlevé qu'un ovaire. Théoriquement on devrait s'attendre, par suite de la diminution de l'apport sanguin dans l'utérus, à voir survenir une diminution graduelle dans le volume des fibromes, mais, en pratique, ce résultat est infidèle. Hegar, après quarante ou cinquante opérations, croit à leur influence atrophique sur cette catégorie des tumeurs. Lawson Tait partage cette opinion fondée sur 31 opérations.

Extirpation d'un rein atteint de cancer encéphaloïde, par le Dr Byroar. — La malade dont il est question est une Allemande de 39 ans, qui fut opérée à l'hôpital. Le diagnostic était difficile, mais on arrivait par exclusion à l'opinion que la distension abdominale était due à une tumeur du rein, ce qui fut confirmé par une incision exploratrice.

On enleva le rein sous le spray phéniqué; il pesait 4 livres 1/2. La malade se rétablit peu à peu et recouvra entièrement la santé. Deux ans après l'opération, elle était en parfait état de santé et on ne trouvait rien d'anormal dans le bassin ni dans l'abdomen. M. Danforth a cru trouver des cellules ovariennes dans le liquide ascitique. Le Dr Drysdale a vu des cellules qui ressemblaient à celles de l'ovaire : ce sont les cellules pyoïdes de Lebert; il a toujours pu les distinguer l'une de l'autre.

Du massage utérin comme moyen de traiter certaines formes d'hypertrophie de l'utérus, par le Dr Reeves Jackson. — Comme c'est une nouvelle méthode de traiter cet état si persistant, l'hyperplasie, soit de l'utérus entier, soit seulement du corps, nous allons citer textuellement le procédé décrit par l'auteur.

1° *Massage abdominal.* — Quand on peut sentir l'utérus hypertro-

phié assez au-dessus du pubis pour que l'on puisse saisir entre les doigts le fond ou une partie de ses parois, on peut pratiquer un massage très efficace, sans avoir besoin d'avoir recours au vagin, ce qui sera toujours préférable, surtout dans les cas où le vagin est étroit et très sensible. La vessie étant préalablement vidée, on doit faire coucher la malade sur une table ou sur un matelas résistant. Alors le chirurgien, se servant de ses deux mains, commence par saisir et pétrir entre le pouce et les autres doigts une certaine portion de la peau et des autres tissus superficiels. On exerce ces manipulations sur toute la surface de l'abdomen, jusqu'à la hauteur de l'ombilic. On répète ensuite l'opération en saisissant alors les parties profondes et les comprimant entre les doigts avec une force graduellement croissante. On fait alterner ces manipulations avec des frictions sur toute la surface de l'abdomen. Après avoir ainsi opéré pendant cinq à dix minutes, on enfonce les doigts plus profondément dans les régions hypogastrique et ovarienne en cherchant à saisir la plus grande portion d'utérus possible. Cet organe est ainsi comprimé, relâché, puis roulé entre les doigts dans toutes les directions possibles pendant vingt à trente minutes jusqu'à ce que la malade accuse de la fatigue.

Ces procédés doivent être employés avec le plus de douceur possible et on n'en augmentera la force que d'une façon graduelle, de façon à ce que la malade n'en ait pas conscience.

Quelle que soit la façon dont on fasse le massage, il sera toujours bon et parfois indispensable de pratiquer la manipulation préliminaire des parois abdominales ; car la plupart du temps la douleur et la gêne accusées par les malades atteintes d'hypertrophie de l'utérus et rapportées par elles à cet organe siégent en réalité dans les parois abdominales et, si l'on n'a pas le soin de les préparer d'abord par le massage qui en diminue la sensibilité, on ne pourra agir avec efficacité sur l'utérus situé au-dessous d'elles. Il faut quelquefois plusieurs jours avant d'arriver à vaincre cette sensibilité des parois abdominales, puis lorsqu'on y est arrivé on peut alors saisir l'utérus et le presser sans aucun inconvénient.

2° *Massage abdomino-vaginal.* — On a recours à ce procédé de manipulation dans les cas où l'utérus n'a pas un volume suffisant pour pouvoir être atteint par la méthode abdominale.

Pour cela on introduit dans le vagin les deux premiers doigts d'une main, tandis qu'on applique l'autre main sur le fond de l'utérus. Un

seul doigt introduit dans le vagin ne serait pas suffisant et n'agirait pas avec assez d'efficacité pour pratiquer la pression ou la contre-pression.

On introduit les doigts en arrière de la portion vaginale du col que l'on attire en avant et qu'on laisse ensuite reprendre sa position première. On répète cette manœuvre six fois ou d'avantage, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à faire pénétrer les doigts assez haut pour atteindre la portion sus-vaginale du col et la partie inférieure du corps. Alors la portion supérieure de l'utérus étant assujettie de l'autre main, on la comprime entre les doigts de chaque main pendant quelques secondes, puis on la relâche. On doit ainsi exercer des compressions de peu de durée sur toutes les parties de l'organe que l'on peut atteindre. Puis on pratiquera les manipulations sur un autre point. On ramènera les doigts intra-vaginaux en avant du col que l'on repoussera en arrière plusieurs fois de suite en évitant de faire souffrir la patiente. On introduira les extrémités digitales dans le cul-de-sac antérieur en dirigeant la pulpe vers le col; les doigts antérieurs seront placés de façon à ce que le corps de l'utérus puisse encore être saisi entre les deux forces de compression.

En même temps qu'on pratiquera cette opération, il faudra élever l'utérus dans le bassin et le maintenir ainsi pendant quelques secondes.

3° *Massage abdomino-rectal.* — Ce procédé a une valeur assez limitée et est rarement appliqué. Malgré la facilité avec laquelle on atteint l'utérus, la douleur déterminée par l'introduction de deux doigts dans le rectum et l'irritabilité de l'intestin font que cette méthode est presque impraticable à moins que l'on ne se trouve en présence de cas où le rectum est dilaté et le vagin contracté.

Le Dr Jackson a joint à son travail des observations qui viennent à l'appui du procédé qu'il propose. Dans le cas où l'utérus était volumineux, ramolli, rétroversé, sensible et mesurait 0m, 085, il n'y avait eu qu'une très légère réduction au bout de six semaines d'un traitement local et général; mais au bout de six semaines de séances quotidiennes de massage de quinze à quarante cinq minutes chacune, l'utérus ne mesurait plus que 0m, 071, il avait repris une consistance ferme et n'était plus sensible. Dans le cas 2, l'utérus mesurait 0m, 140 et l'on arriva à le ramener à 0m, 100, la malade recouvra la santé, la menstruation se régularisa et l'on vit disparaître la leucorrhée, les douleurs pelviennes, la sensibilité et les troubles rectaux et vési-

caux. Dans le cas n° 3, après un massage continué pendant trois mois trois ou quatre fois par semaine, l'utérus qui mesurait le triple de ses dimensions normales fut réduit à 0m, 075 et reprit sa forme et ses fonctions normales.

Convulsions cataleptiques guéries par la trachélorrhaphie. — Le Dr Stansbury-Sutton rapporte l'observation d'une malade atteinte de lacération cervicale en partie cicatrisée et dont la sensibilité était telle que l'on pouvait provoquer une convulsion en touchant le fond de la fissure. Il enleva le tissu cicatriciel et maintint les deux lèvres en contact à l'aide de sutures, et la malade fut complètement guérie.

Ovariotomie pendant la grossesse, par le Dr Wilson. — On a fréquemment dans la pratique gynécologique à résoudre cette question à savoir si, lorsqu'une tumeur ovarienne vient compliquer une grossesse, il faut temporiser en en réduisant le volume par des ponctions répétées ou bien en faire l'extirpation. L'auteur est d'avis, surtout dans les premiers mois de la grossesse, de pratiquer l'ovariotomie qu'il considère comme bien préférable et comme présentant une sécurité bien plus grande que les ponctions en raison des adhérences sérieuses qu'elles déterminent et qui mettent un obstacle à l'extirpation quand elle est ensuite tentée après l'accouchement. Outre les dangers résultant des ponctions, le développement d'un kyste ovarien pendant la grossesse expose à la torsion du pédicule et à la rupture du kyste. Le Dr Wilson rapporte un cas où il a fait l'opération à quatre mois et où il trouva le pédicule tordu, contenant des caillots qui s'échappèrent lorsqu'il en fit la section. La grossesse arriva presque à terme et l'enfant fut vivant.

L'auteur donne les statistiques suivantes d'ovariotomies pratiquées pendant la grossesse :

Spencer Wells, 10 opérations, 9 guérisons, et la grossesse suivit son cours.

Schrœder 7 opérations, 7 guérisons 1 avortement, 2 accouchements prématurés 4 à terme.

Marion Sims 1 opération à quatre mois, accouchement à terme, enfant vivant.

Atlée, 2 opérations, 1 à deux mois, grossesses non diagnostiquées.

Dans le premier cas, on avait fait seize ponctions ; la tumeur

pesait 84 livres, elle avait déterminé une irritabilité stomacale extrême et la malade mourut au bout d'un mois. Dans le second cas, on introduisit une sonde dans l'utérus le jour de l'opération, et malgré cela la femme accoucha à terme d'un enfant vivant.

Le Dr Birds rapporte une observation où il n'y avait pas eu de signes de grossesse; la malade avorta, guérit, puis plus tard accoucha normalement.

Le Dr Galabin fit une opération à six mois; la femme accoucha à terme d'un enfant vivant.

Le Dr Lawson Tait opéra à sept mois; le sixième jour le travail s'annonça et la malade mourut quelques heures après.

Le Dr Wilhelm Baum rapporte un cas où il opéra à cinq mois; la femme avorta le lendemain, et guérit malgré un abcès pelvien.

Le Dr G. Thomas, une opération avec mort par péritonite; c'était avant que les procédés antiseptiques ne fussent en usage.

Le Dr Kimball, 2 opérations, grossesses non diagnostiquées, d'environ trois mois, péritonite consécutive. En tout, il rapporte 29 opérations, sur lesquelles 24 femmes et 20 enfants vivants.

Le Dr Battey rapporte quatre cas où il ne fit pas l'opération :

1° Ponction à 6 mois et demi 30 litres de liquide évacués, naissance d'un enfant à terme; la malade sentit comme quelque chose qui se rompait et mourut une demi-heure après l'accouchement, probablement par rupture du kyste.

2° Accouchement à terme, pas de ponction : mort probable par rupture du kyste peu de temps après l'accouchement.

3° Cas semblable au précédent.

4° Malade examinée à quatre mois, avortement provoqué, mort en quelques jours.

Le Dr Sutton a vu deux cas de torsion du pédicule dans l'espace de cinq ans. Dans deux cas l'avortement survint, puis la mort au bout de dix à quinze jours. Dans l'un de ces cas on fit l'ovariotomie après l'avortement pensant que le pédicule était tordu; il s'ensuivit une hémorrhagie abondante dans le kyste et la mort en trois jours.

D'après les opinions exprimées dans cette discussion, la Société est d'avis de pratiquer l'ovariotomie, ainsi que le conseille le Dr Wilson, excepté dans les cas où le kyste est petit et où la compression n'est pas à craindre.

P. Rodet.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Hospices civils de Saint-Etienne. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) rappelle que, le lundi 12 juin 1882, un concours public pour une place de chirurgien sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

Le chirurgien nommé à la suite de ce concours entrera en fonctions le 1er juillet 1882. Son traitement sera de 1,500 francs par an. La durée des fonctions est fixée à vingt ans.

S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices, rue Valbenoît n° 40.

Ecole pratique. — *Applications médicales, chirurgicales, obstétricales de l'électricité.* — M. le Dr Apostoli commencera son cours le vendredi 5 mai à 2 heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Policlinique de chirurgie des femmes du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29, du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à neuf heures, consultations auxquelles assistent les élèves inscrits. A onze heures, leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

La première leçon du semestre a eu lieu le jeudi 4 mai à onze heures, la question suivante a été développée :

La policlinique et la liberté d'enseignement de la théologie, du droit et de la médecine.

Le gérant : A. Leblond.

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Successr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR LE FORCEPS

COMMUNICATION FAITE AU CONGRÈS MÉDICAL DE LONDRES ET SUIVIE DE QUELQUES NOTES COMPLÉMENTAIRES

Par le Dr Tarnier,
Chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

Messieurs,

Le forceps à courbure pelvienne, dont tous les accoucheurs se servent, a rendu de si grands et de si nombreux services qu'on le considère volontiers comme un instrument parfait. Cependant quand on étudie très attentivement le mode d'action du forceps ordinaire on ne tarde pas à s'apercevoir que cet instrument n'est pas irréprochable ; c'est ce qui a été bien démontré,

je pense, par Hermann, de Berne; Hubert, de Louvain; le Dr Chassagny, de Lyon, et par moi-même.

En effet, le forceps ordinaire est passible de deux reproches principaux :

1° Les tractions faites sur les manches de l'instrument sont loin d'être dirigées suivant l'axe du bassin et déterminent des pressions dangereuses sur les parois de l'excavation pelvienne.

2° La force est appliquée trop loin du centre de la tête et le forceps est transformé en un levier dont la puissance est menaçante pour l'intégrité du bassin, chaque fois qu'on imprime à l'instrument un mouvement quelconque, soit d'un côté à l'autre, soit de bas en haut ou en sens inverse.

Hermann, de Berne (1), avait bien compris que la direction des tractions était mauvaise, et pour y remédier il imagina un forceps dont la courbure est si singulière que jamais personne n'a songé à l'utiliser dans la pratique, et que de l'aveu même de son inventeur, les tractions faites sur les manches de cet instrument seraient absolument défectueuses et plus mal dirigées qu'avec un forceps ordinaire. Aussi Hermann complète son forceps en y ajoutant une pièce supplémentaire qu'il emploie de la façon suivante : Pendant qu'avec l'une de ses mains il tire directement sur le manche de son forceps, il tient de l'autre main la pièce supplémentaire, l'ajuste d'abord au-dessus de l'articulation du forceps, et exerce en ce point une pression énergique dirigée de haut en bas; quand la tête fœtale apparaît à la vulve, il change de place la pièce supplémentaire, l'ajuste au-dessous de l'instrument, à la naissance des cuillers, et s'en sert pour tirer dans une direction variable, avec l'une de ses mains, tandis que l'autre main continue à tirer directement sur les manches du forceps. En un mot, Hermann, avec son forceps, fait à peu près ce que ferait un opérateur qui tirerait directement sur les manches du forceps ordinaire, pendant qu'un aide tirerait en bas et plus ou moins en avant, à l'aide d'un

(1) *Uber eine neue Geburtsgange zur Extraction des im Beckeneingange stehenden Kindskopfes, mit Abbildungen*, von Th Hermann, Bern, 1844.

lacs placé à cheval sur l'articulation, ainsi que cela, vous le savez, a été conseillé par quelques accoucheurs.

Certes, il faut rendre justice à l'originalité du mémoire de l'accoucheur de Berne, mais je m'étonne que le professeur Stoltz et le Dr Saenger aient dit que mon forceps ressemblait à celui d'Hermann, car ces deux instruments diffèrent absolument par leur forme et par leur mode d'action.

Plus heureux qu'Hermann, Hubert, de Louvain (1), après avoir démontré très nettement la mauvaise direction des tractions faites avec le forceps ordinaire, a imaginé deux forceps qui tirent directement suivant l'axe du bassin ; il a encore conseillé d'appliquer la force le plus près possible de la vulve en saisissant le forceps près de son articulation, afin de raccourcir le levier au bout duquel on agit ; mais il n'a pas été plus loin.

Le Dr Chassagny, de Lyon (2), a montré tout l'avantage qu'il y a à appliquer la force près du centre de la tête, mais il a complètement méconnu l'importance considérable des tractions faites suivant l'axe du bassin.

Je ne m'étends pas plus longuement sur les qualités et les défauts des forceps imaginés par Hubert et par le Dr Chassagny, parce que j'ai déjà analysé leurs mémoires dans une brochure publiée en 1877 (3), mais je suis heureux de proclamer ici, en plein congrès international, le très grand mérite qui s'attache à leurs travaux.

Dans une application de forceps, il ne s'agit pas seulement d'extraire un fœtus des parties génitales, il faut encore l'extraire aussi heureusement que possible pour la mère et pour l'enfant ; or, j'avais remarqué qu'une opération heureuse en apparence, et dont on se félicitait tout d'abord, laissait assez souvent après elle des lésions produites sur les voies génitales par une pres-

(1) *Note sur l'équilibre du forceps et du levier*, par L.-I. Hubert (*Mémoires de l'Académie royale de Belgique*, 1860).

(2) *Méthodes des tractions soutenues; le forceps considéré comme agent de préhension et de traction; preuves expérimentales*, Paris, 1872,

(3) *Description de deux nouveaux forceps*, Paris 1877.

sion excessive de l'instrument, lésions qui ne tardaient pas à devenir le point de départ d'accidents graves et quelquefois mortels pour l'opérée. J'ai donc essayé, à mon tour, de modifier le forceps, en m'efforçant de le rendre plus inoffensif que le forceps ordinaire.

Mon forceps repose sur les quatre principes suivants :

1° Tirer directement suivant l'axe du bassin;

2° Appliquer la traction le plus près possible du centre de la tête;

3° Laisser à la tête saisie par le forceps la mobilité qu'elle a dans l'accouchement naturel, soit pour se fléchir ou se défléchir, soit pour pivoter autour de l'axe fictif du bassin ;

4° Avoir une aiguille indicatrice qui montre à chaque instant à l'opérateur les divers mouvements exécutés par la tête fœtale et qui le guide dans la direction qu'il doit donner à ses tractions.

Pour réaliser et réunir ces quatres principes sur un même instrument, j'ai longtemps tâtonné et c'est seulement le 23 janvier 1877 (1), que j'ai fait connaître mon forceps.

A ma grande satisfaction, ce forceps attira l'attention des accoucheurs des différents pays et suscita un assez grand nombre de communications ou de publications. Parmi les partisans ou les adversaires du nouveau forceps, je citerai les noms de MM. Pajot, Stoltz, Robert Barnes, Mathews Duncan, Galabin, Lombe Atthill, Fordyce Barker, Budin, Wedder, Reid, Aveling, Morgan, Nordau, Vincenzo Maggioli, Wasseige, Polaillon, Robert Bell, Charles Bell, Kucher, William Lusk, A. R. Simpson, A. Pinard, Gustav Braun, Carl Braun, E. Fasola, A. Reith, J. G. Lyon, Thomburn, Saenger, etc. (2).

---

(1) *Académie de médecine de Paris.*

(2) Pajot. — *Annales de Gynécologie*, mars et mai 1877.

Stoltz. — *Archives de Tocologie*, juin 1877.

Société obstétricale de Londres. Discussion, 1877.

Lombe Atthill. — *British Medical Journal*, 7 july 1877.

Fordyce Barker. — *American Journal of obstetrics*, january 1878.

P. Budin. — *Les dernières expériences sur la compression cérébrale*, etc. *Progrès médical.*

Dans tous ces travaux, les modifications que j'ai apportées au forceps furent tantôt critiquées, tantôt approuvées. Toujours est-il que la question des règles nouvelles que l'on doit suivre dans la construction du forceps s'impose de plus en plus aux méditations de tous les accoucheurs.

Les principes sur lesquels repose mon forceps sont, du moins je le pense, considérés comme inattaquables; mais la construction d'un forceps qui réalise et réunit tous ces principes est difficile et peut varier; c'est ce qui explique les nombreuses modifications que mon forceps a déjà subies.

Mon premier forceps, dont je vous épargnerai la description, se composait, vous le savez, de deux branches de préhension à courbure périnéale et de deux tiges de traction qui se prolongeraient en arrière aussi loin que les branches de préhension.

Cette disposition instrumentale avait l'inconvénient d'embar-

---

Wedder. — *Medical Record*, 23 mars 1878.
Reid. — *Glasgow Medical Journal*, june 1878.
Aveling. — *Obstetrical Society of London*, séance du 5 juin 1878.
Morgan. — *British Medical Journal*, 29 juin 1878.
Nordau. — *Pester Medicin. Zeits*, 1878.
Wasseige. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, séance du 23 avril 1879. — *Annales de Gynécologie*, Paris, juillet 1881.
Polaillon. — *Idem.*, séance du 23 avril 1879.
Robert Bell. — *Edinburgh Medical Journal*, april 1879.
Charles Bell. — *Obstetrical Journal*, mai 1879.
Kucher. — *Wiener Medicinische Presse*, 1879. N° 20.
W. Lusk. — *American Journal of Obstetrics*, 1880, april and july.
A.-R. Simpson. — *Edinburgh Medical Journal*, octobre 1880.
A. Pinard. — Article FORCEPS du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris.
Gustav. Braun. — *Wiener Medic. Wochenschrift*, 1880, nos 24 et 25.
Carl Braun. — *Lehrbuch der Gesammten Gynækologie*, 1880.
E. Fasola. — *Indispendense*, 15 ottobre 1880.
A. Reith. — *Edinburgh Medical Journal*, february 1881.
J.-G. Lyon. — *British Medical Journal*, 19 march 1881.
Thornburn. — *British Medical Journal*, 25 juin 1881.
Saenger. — *Archiv für Gynækologie*, XVIII Bd., 3 heft, 1881.

rasser l'opérateur quand il voulait appliquer et articuler ce forceps; aussi peu de temps après, j'ai coupé les tiges de traction en avant de l'articulation du forceps et sur ces tiges ainsi coupées, j'ai ajusté un *tracteur* mobile (fig. 3 et 6) assez long pour que l'opérateur ne fût gêné ni par les parties génitales de la femme, ni par le lit sur lequel elle repose. Cette modification instrumentale, qui a été publiée le 6 juillet 1878 dans le *Progrès médical* (pages 517, 518), simplifiait le maniement de l'instrument; aussi fut elle adoptée ou imitée par W. Lusk (1) et par Alexandre R. Simpson (2).

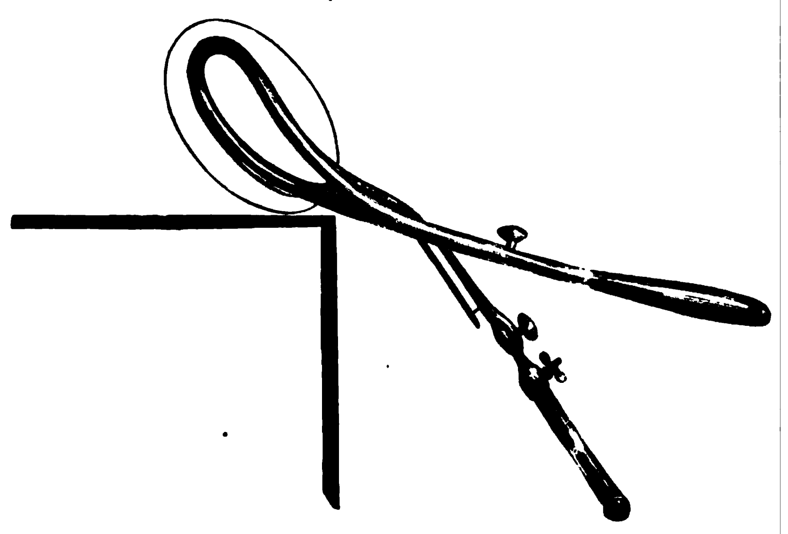


FIGURE 1.

Cette figure montre quelle direction différente doivent suivre les manches du forceps de Levret et du forceps à courbure périnéale de Tarnier quand ces instruments sont régulièrement appliqués.

Le forceps ainsi modifié par moi conservait sa courbure périnéale analogue à celle du forceps de Johnson. Cette courbure devait, suivant mes prévisions, bien protéger le périnée tout

(1) *American Journal of Obstetrics*, avril et juillet 1880.

(2) *Edinburgh Medical Journal*, octobre 1880.

en permettant de tirer suivant l'axe du bassin; cependant je l'ai abandonnée; je vais dire pourquoi :

1° Avec mon forceps à courbure périnéale, pour que les cuil-



FIGURE 2.

Cette figure montre que les cuillers du forceps à courbure périnéale de Tarnier basculent en arrière de la tête si l'on donne aux manches de cet instrument la même direction qu'à ceux du forceps de Levret.

lers s'appliquent régulièrement sur la tête, il faut que les manches de l'instrument soient dirigés presque directement en bas (fig. 1), ce qui constitue une petite difficulté opératoire que ne savent pas vaincre la plupart des médecins qui en appliquant ce

forceps donnent aux manches de l'instrument la direction qu'ils sont habitués à donner à ceux du forceps ordinaire; il en résulte que mon forceps à courbure périnéale se trouve mal appliqué, que ses cuillers basculent trop en arrière, que la tête est mal saisie et que le forceps glisse (fig. 2).

2° En France, dans toutes les positions obliques du sommet,

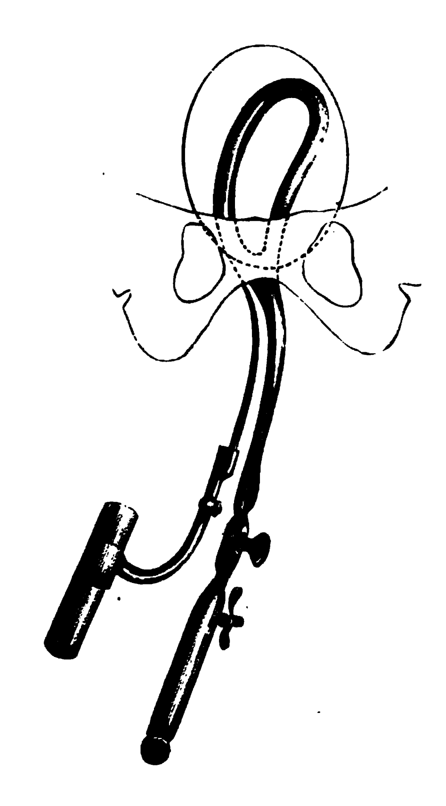


FIGURE 3.

Déviation des manches du forceps à courbure périnéale de Tarnier quand celui-ci est appliqué sur les deux côtés de la tête placée en position O.I.G.A.

nous trouvons grand avantage à appliquer le forceps sur les deux bosses pariétales, et par conséquent la courbure pelvienne de l'instrument n'est plus dirigée d'avant en arrière par rapport

au bassin, mais obliquement, comme la tête elle-même. Quand mon forceps est ainsi appliqué, la partie convexe engendrée par la courbure périnéale des branches de préhension forme une saillie qui vient heurter l'une des branches ischio-pubiennes et qui fait dévier le manche de l'instrument du côté opposé, de telle sorte que les tractions faites sur le forceps ne sont plus dirigées suivant le plan médian du corps (fig. 3). Ainsi, par exemple, dans une position O. I. G. A., la partie convexe de mon forceps vient appuyer contre la branche ischio-pubienne gauche ou plutôt contre les parties molles qui la recouvrent, et le manche de l'instrument se trouve dévié vers la cuisse droite de sorte que les tractions faites sur la poignée transversale du *tracteur* ne sont plus dirigées suivant le plan médian du corps (fig. 3).

Telles sont les raisons qui m'ont fait abandonner la courbure périnéale des branches de préhension et revenir pour ces dernières à la courbure de Levret et de Smellie. Actuellement la courbure de mon forceps est reportée sur la tige du *tracteur* mobile (voy. fig. 5) que jai allongé dans la portion descendante qui va s'attacher à la poignée transversale (fig. 5 et 6), et, grâce à cet allongement, les tractions peuvent toujours être faites suivant l'axe du bassin comme avec mes modèles précédents.

Mais, avec un forceps à courbure ordinaire, voici ce qui arrive toutes les fois que l'on veut faire une application oblique : En raison même de la courbure de l'instrument, si on laisse les manches du forceps sur le plan médian du corps (fig. 4), les cuillers sont forcément inclinées vers l'un des côtés du bassin et la tête est mal saisie, ce qui constitue toujours un inconvénient, surtout lorsqu'il s'agit d'une position occipito-iliaque gauche postérieure ou droite postérieure. Ainsi, dans ce dernier cas, si les cuillers sont en rapport avec les deux côtés de la tête leur extrémité est fortement dirigée vers le côté gauche du bassin qu'elle menace, et vers le front du fœtus qu'elle dépasse quelquefois. Quand on tire sur le forceps ainsi appliqué, on agit plus sur le front que sur l'occiput; par conséquent on tend

à défléchir la tête, et l'opération devient laborieuse et dangereuse.

Dans une application oblique, quand on veut que les cuillers

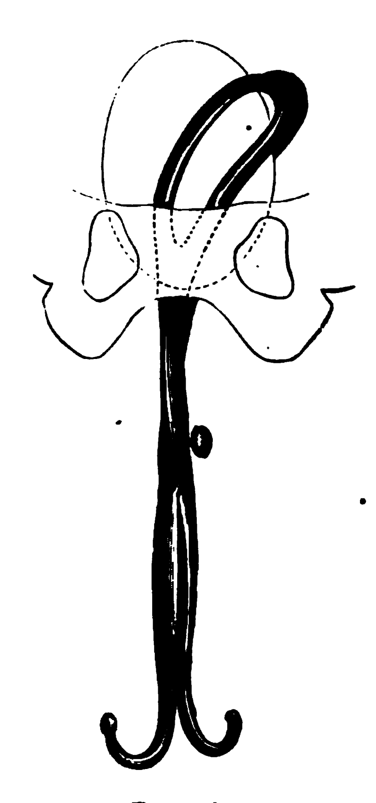


FIGURE 4.

Cette figure montre la mauvaise direction des cuillers du forceps de Levret quand, dans une application oblique, les manches de ce forceps sont laissés dans la direction du plan médian du corps.

soient régulièrement appliquées par rapport au bassin et à la tête fœtale, il faut que les manches du forceps ne restent pas dans le plan médian du corps et soient portés vers la cuisse gauche, si la concavité de la courbure pelvienne des cuillers

regarde à gauche (fig. 5); vers la cuisse droite, si la concavité de la courbure pelvienne des cuillers regarde à droite.

Mais les tractions faites sur les manches du forceps ainsi déviés à gauche ou à droite ont une direction très défectueuse si

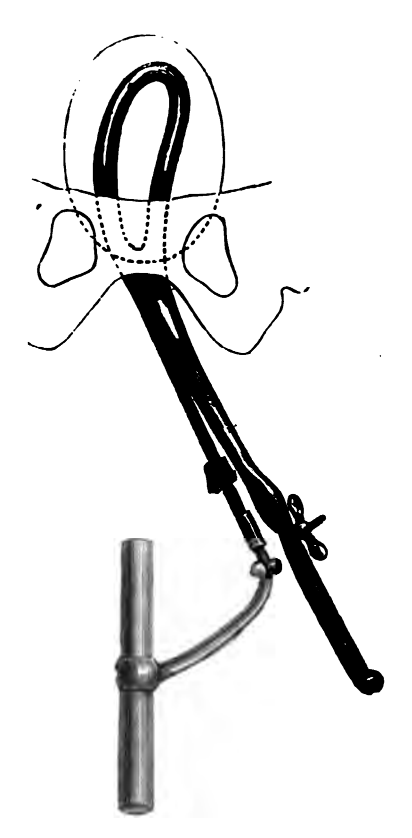


FIGURE 5.

Application régulière du dernier modèle du forceps de Tarnier quand la tête est dirigée obliquement par rapport au bassin et qu'elle est saisie d'une oreille à l'autre par les cuillers de l'instrument.

l'on se sert d'un forceps ordinaire (voyez la direction des manches des branches de préhension sur la figure 5, car ces branches représentent exactement un forceps de Levret), tandis que si

l'on emploie mon forceps, le tracteur mobile a une courbure telle que les tractions sur la poignée transversale sont précisément faites dans le plan médian du corps (fig. 5). C'est là un point que je n'avais pas encore signalé.

Cet avantage n'est cependant pas tout à fait satisfaisant, parce que si la traction est ramenée dans le plan médian du corps, elle n'est pas ramenée dans la direction de l'axe du bassin et se fait trop en avant. J'ai cherché à obvier à cet inconvénient, et je crois que j'y suis parvenu au moyen d'un *tracteur* mobile dont l'opérateur pourra incliner et porter en arrière la poignée transversale, comme il le voudra. Voici, en effet, un *tracteur* mobile (fig. 6) qui présente les modifications dont je viens de

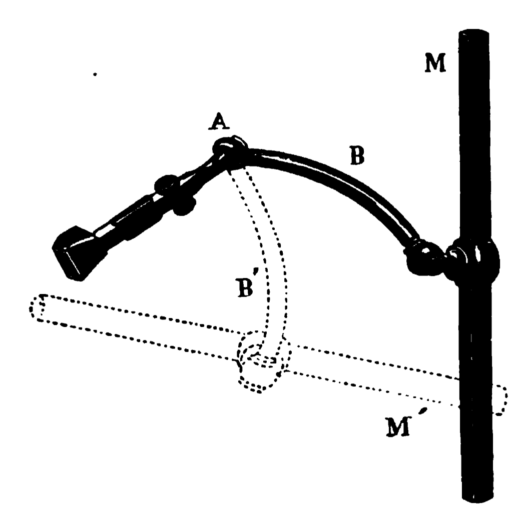


FIGURE 6.

La figure 6 représente un tracteur mobile portant en A un pivot qui permet de faire tourner la partie ABM sur le reste du tracteur. Dans cette figure, les lettres M et M' indiquent la poignée transversale sur laquelle doivent s'appliquer les mains pendant les tractions.

parler ; mais c'est là un premier modèle que je voudrais rendre plus simple, ce qui, je l'espère, ne sera pas très difficile à réaliser, si j'en juge par quelques essais en voie d'exécution.

J'ai dit que mon forceps laissait à la tête fœtale la liberté de tourner autour de l'axe fictif du bassin; mais, quand la rotation ne ramène pas spontanément l'occiput en avant, comment faut-il faire pour produire artificiellement cette rotation? Si

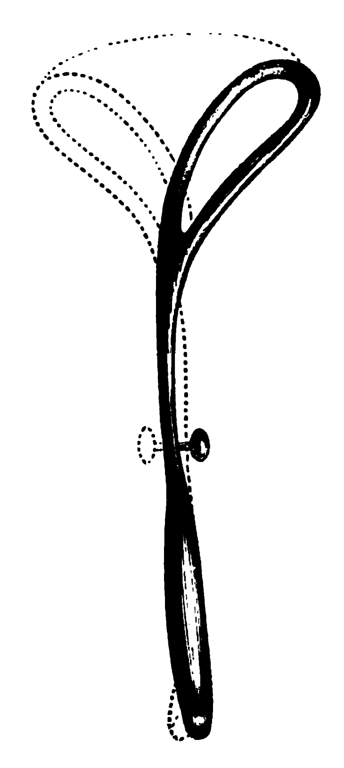


FIGURE 7.

Cône engendré par les cuillers du forceps ordinaire, quand on en fait pivoter les manches autour d'un axe qui traverserait ces manches dans toute leur longueur.

l'on veut faire pivoter les manches du forceps autour d'un axe qui les traverserait dans toute leur longueur, ainsi qu'on essaie malheureusement trop souvent de le faire, l'opération est impossible, difficile ou dangereuse, parce que les cuillers tendent à décrire un cône dont la base répond à leur extrémité (fig. 7).

Pour produire correctement la rotation artificielle de la tête, il faut que le manche du forceps décrive au dehors un arc de

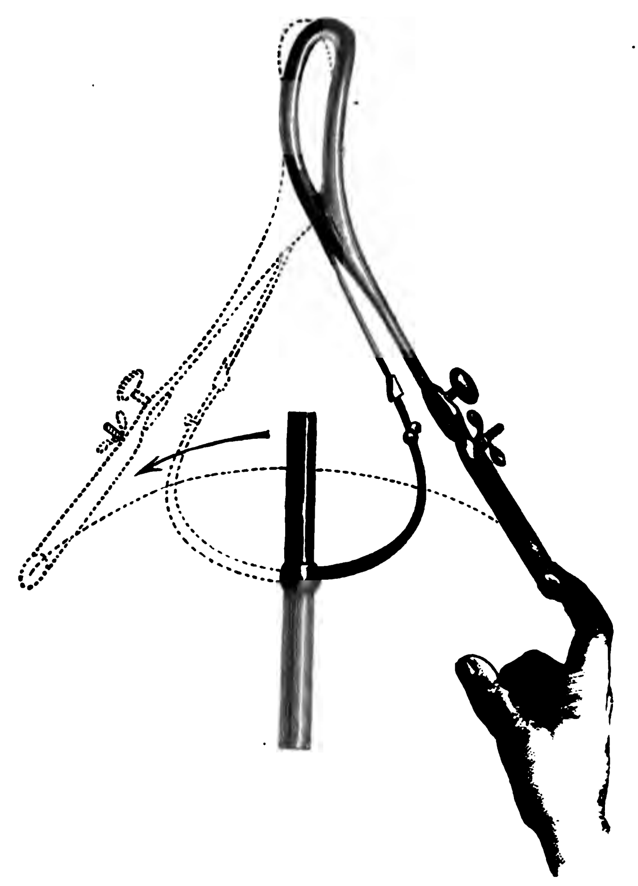


FIGURE 8.

Arc de cercle que doit d'écrire l'extrémité des manches du forceps pour que les cuillers de l'instrument et la tête fœtale pivotent régulièrement autour de l'axe fictif des voies génitales.

cercle, afin que les cuillers puissent pivoter dans le bassin, autour de l'axe fictif qui le traverse.

Le mouvement de circumduction que l'on doit imprimer aux

manches du forceps dans toute rotation artificielle, est employé depuis longtemps par quelques accoucheurs, surtout quand la tête apparait à la vulve; mais il est trop peu connu, à tel point que je ne sais même pas s'il a été décrit; aussi, je crois faire une chose utile en attirant l'attention sur lui.

Ce mouvement est bien mis en évidence par mon forceps, et, avec lui, si la tête pivote spontanément pendant qu'on tire sur la poignée transversale, on voit les manches des branches de préhension décrire un arc de cercle très évident (fig. 8). Il est facile d'en conclure que lorsqu'on veut produire artificiellement la rotation de la tête, il faut, pendant que l'on tire avec une main sur la poignée transversale, pousser, avec un doigt de l'autre main, l'extrémité des manches du forceps de manière à leur faire décrire l'arc de cercle dont je viens de parler (fig. 8).

L'expérience m'a d'ailleurs appris que pour réussir il importe d'abaisser préalablement la tête, afin qu'elle soit fortement fléchie, et souvent ce n'est qu'au moment où elle apparaît à la vulve que la rotation artificielle devient possible.

Depuis que le premier modèle de mon forceps a été construit, moi et mes élèves nous avons toujours employé mon forceps dans tous les cas faciles ou difficiles, et je puis certifier qu'il nous a donné d'excellents résultats, supérieurs, j'en suis absolument convaincu, à ceux que nous aurions obtenus avec le forceps ordinaire.

Je vous remercie, messieurs, de la bienveillante attention que vous m'avez accordée; j'ai d'ailleurs été bien servi par les circonstances en pouvant, au début de nos travaux, faire une communication sur le forceps, car cet instrument, qui a rendu de si grands services à l'humanité, a été, je me fais un plaisir de le rappeler, imaginé dans ce pays, et, pour mon compte, je ne saurais oublier que c'est devant la Société obstétricale de Londres qu'a eu lieu la première discussion sur mon forceps.

Notes complémentaires.

Dans les conversations particulières qui eurent lieu après la communication qu'on vient de lire, plusieurs accoucheurs me firent quelques questions que je crois utile de publier aujourd'hui (mai 1882), en les faisant suivre de mes réponses.

A. — *En quelle année ai-je abandonné la courbure périnéale des branches de préhension, et mon forceps à courbure ordinaire est-il antérieur ou postérieur à celui de W. Lusk et à celui de R. Simpson?* — J'ai abandonné la courbure périnéale (fig. 3) des branches de préhension (courbure reportée sur le tracteur mobile, v. p. 409), et je suis revenu à la courbure ordinaire (fig. 5) depuis le commencement de l'année 1879, et pendant l'été de la même année, G. Chantreuil, chargé du cours officiel de la Faculté de médecine, y démontrait publiquement le mécanisme de mon forceps à courbure ordinaire, ainsi qu'on peut le constater en lisant les pages 305 et 307 du *Traité d'accouchements* de Nægele et Grenser, traduit par Aubenas (1). Mon forceps à courbure ordinaire, c'est-à-dire mon dernier modèle, a donc été connu et démontré publiquement un an environ avant que W. Lusk (2) et R. Simpson (3) eussent publié les modifications qu'ils ont fait subir au forceps.

B. — *Avec mon forceps, quelles sont les causes possibles de glissement?* — Je ne reviendrai pas sur la cause de glissement de mon forceps à courbure périnéale, puisque cette cause a été discutée plus haut (voyez page 327).

Quant à mon forceps à courbure ordinaire, les causes suivantes peuvent expliquer son glissement, que j'ai bien rarement observé, mais qui est cependant possible :

---

(1) *Traité de l'art des accouchements*, par H.-P. Nægele et L. Grenser, traduit par Aubenas. Paris, 1880, pages 305 et 307.

(2) W. Lusk, 1880, loc. cit.

(3) A. R. Simpson, 1880, loc cit.

1° L'instrument peut être mal appliqué ou rencontrer des difficultés exceptionnelles. Ces deux inconvénients lui sont communs avec le forceps de Levret.

2° Avec le forceps de Levret, quand l'instrument est appliqué et articulé, il est de règle, avant de procéder à l'extraction, de s'assurer, par de légères tractions, que l'instrument tient solidement la tête. En supposant que les cuillers de ce forceps aient été appliquées un peu trop en arrière, ces légères tractions, en raison même de la courbure de l'instrument, qui tire en avant de l'axe de l'excavation pelvienne, font glisser les cuillers d'arrière en avant et les ramènent sur les côtés du bassin, de sorte que les cuillers placées primitivement trop en arrière se trouvent bien placées après les légères tractions dont je viens de parler. Il faut faire de même avec mon forceps, et, par de légères tractions exercées sur les manches des branches de préhension, *avant de serrer la vis de pression*, on doit s'assurer que les cuillers tiennent solidement la tête, car ces légères tractions, comme pour le forceps de Levret, ramèneront les cuillers sur les côtés du bassin, alors qu'elles auraient été primitivement placées trop en arrière.

3° La vis de pression de mon forceps est quelquefois trop timidement serrée ; d'autres fois, pendant les tentatives d'extraction, la tête s'amoindrit par la compression qu'elle subit ou tourne dans les cuillers, de telle sorte que la vis de pression ne rapproche plus avec une force suffisante les deux branches de préhension. Pour remédier à cette cause de glissement, il faut de temps en temps veiller pendant l'extraction à ce que la vis reste en activité d'action et la serrer de nouveau, si cela devient nécessaire. Rien n'est plus simple.

4° Une fois mon forceps appliqué et articulé, on doit serrer la vis de pression *avant* d'ajuster le tracteur mobile sur les tiges de traction ; mais si on veut placer ce tracteur avant de serrer la vis de pression, pour faciliter la manœuvre on soulève les branches de préhension sans que les cuillers soient solidement fixées sur la tête et on imprime ainsi à ces branches un mouvement de bascule qui porte les cuillers en arrière de la

tête; de là, un glissement possible. On évitera bien facilement cette cause de glissement en serrant toujours la vis de pression avant d'ajuster le tracteur mobile sur les tiges de traction.

Parmi les causes de glissement que je viens de passer en revue, les deux premières sont communes à mon forceps et à celui de Levret; les deux dernières sont propres à mon forceps, mais elles ne tiennent pas à l'instrument, elles dépendent au contraire d'une faute dans le manuel opératoire, faute qu'il est toujours très facile de ne pas commettre.

C. — *Pourquoi, dans certains cas particuliers, lorsqu'on veut retirer les branches de mon forceps, alors qu'il est déjà appliqué, éprouve-t-on quelque difficulté pour séparer le tracteur mobile des tiges de traction?* — C'est encore une faute commise pendant le manuel opératoire qui engendre ces difficultés. Jamais on ne rencontrera ces difficultés quand on retirera le tracteur mobile avant de désarticuler les deux branches du forceps. Mais si on commence par désarticuler ces branches, elles dévient quelquefois de leur direction normale, ne restent plus parallèles et entraînent avec elles les tiges de traction dont le parallélisme est détruit au détriment du jeu du tracteur sur ces tiges. On évitera toujours cette petite difficulté en retirant le tracteur mobile avant de désarticuler les branches de l'instrument.

EMBRYOTOMIE
D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Par le Dr Ambroise Guichard.
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers,
chirurgien-adjoint de la Maternité.

L'embryotomie dans les présentations de l'épaule ou d'un des plans latéraux, a donné naissance à un grand nombre de procédés, variables suivant le but que l'on se propose d'atteindre, soit que l'on veuille faire la version ou l'évolution forcées, soit que l'on se propose d'extraire le fœtus en deux tronçons après avoir sectionné le cou ou le tronc : donc si la méthode est susceptible de changer, l'instrumentation doit, elle-même, varier.

Nous sommes d'avis qu'un procédé unique est incapable de remplir toutes les indications qui pourront se présenter dans la pratique, et que, suivant les cas, l'on devra s'adresser à telle ou telle méthode.

Dans l'observation suivante, nous avons employé le *procédé de Lucas-Championnière*, que nous connaissions par les publications depuis 1879, ou par l'exposé personnel de notre distingué confrère et ami.

Dans les démonstrations devant les élèves à la maternité d'Angers nous l'avions expérimenté deux fois sur un fœtus mort, avec le mannequin de Pinard et Budin ; nous avions constaté la simplicité du manuel opératoire et les avantages d'un procédé d'embryotomie, *agissant à l'intérieur du fœtus*.

Voici en quoi consiste le procédé de Lucas-Championnière :

On fait d'abord la section des parois thoraciques ou abdominales, et avec le doigt et une pince à cadre, on pratique l'éviscération, qui permet un engagement plus facile du fœtus.

Puis un perforateur, ayant la forme d'une petite olive et muni d'un double pas de vis, est introduit dans l'intérieur du fœtus ; il est conduit sur l'indicateur et vissé sur les corps vertébraux en deux points de manière à laisser entre eux un segment de 3 à 4 centimètres, que l'on pourra accrocher avec un petit crochet spécial et rompre par quelques mouvements de torsion.

La colonne vertébrale étant brisée, le fœtus pourra se plier en double, et en faisant des tractions avec de fortes pinces à cadre, voire même avec un brise-pierre ou un cranioclast, l'on opérera l'expulsion du fœtus, soit que l'on fasse engager le premier le tronçon supérieur, soit le tronçon inférieur.

L'olive du perforateur de la colonne vertébrale est d'une dimension telle que, après avoir perforé les corps vertébraux (ce dont on se rend compte avec le doigt), elle ne peut traverser la paroi du fœtus et venir blesser la paroi utérine ; nous nous en sommes assuré dans nos deux expériences sur le cadavre, et nous répondons ainsi à une objection, qui paraissait théoriquement fondée.

En dehors de cet avantage de protéger les parties maternelles (puisque l'on opère à l'intérieur du fœtus),nous n'avons besoin que d'une instrumentation très simplifiée : un perforateur et un crochet, qui ne surchargent pas beaucoup la trousse de l'accoucheur.

Sans entrer dans tous les détails de l'observation, que nous donnons plus loin complètement, voici le cas dans lequel nous avons employé le procédé de Lucas-Championnière.

Nous sommes appelé près d'une malade de 34 ans, d'un embonpoint considérable, primipare, qui avait perdu les eaux dix jours auparavant et qui depuis avait un écoulement très fétide; les contractions utérines étaient continues et empêchaient tout repos ; la dilatation n'était pas de la grandeur de la paume de la main ; les bords du col étaient rigides, et l'utérus intimement appliqué et rétracté sur le fœtus, si bien que l'introduction de la main était impossible et très douloureuse.

Comme présentation, je diagnostiquai l'engagement d'un

fœtus mort depuis le début du travail. Le doigt ou la main arrivait sur une partie élevée, peu résistante, et sentait à droite les fausses côtes, dont l'extrémité libre regardait en arrière. Le fœtus était tassé, plié en double par les contractions incessantes de l'utérus, et présentait au-dessus de l'orifice de dilatation le *flanc gauche ;* — la tête était par suite à droite ; — le toucher ne permettait de constater ni l'épaule ni le siège : c'était une présentation du plan latéral gauche.

En présence du travail commencé depuis dix jours, de la rétraction de l'utérus, de la difficulté que nous avions éprouvée dans notre tentative d'introduction de la main, de la certitude de la mort du fœtus, nous estimons que la version est contre-indiquée dans la crainte d'amener la rupture de l'utérus, et qu'il y a lieu de recourir à l'embryotomie; nous choisissons le procédé de Lucas-Championnière.

Notre but est, après avoir fait une ouverture au flanc gauche du fœtus et vidé en partie la cavité abdominale, d'aller attaquer la colonne vertébrale, de façon à briser le fœtus en deux segments qui permettront ensuite l'engagement et l'expulsion, l'accouchement étant impossible dans la présentation actuelle. Le résultat a démontré l'exactitude de la ligne de conduite que nous avons suivie.

La première partie de l'opération a été assez facile : ouverture du flanc gauche avec de larges ciseaux courbes; puis éviscération avec de fortes pinces ; enfin perforation de la colonne vertébrale à l'intérieur du fœtus; formation du tronçon et sa rupture avec le crochet. La seconde partie, l'engagement du fœtus a été beaucoup plus laborieuse; en effet les tissus (peau, os, ligaments), chez ce fœtus en état de putréfaction, s'arrachaient comme à l'emporte-pièce; les tractions avec la pince à cadre n'ont eu d'effet utile que lorsqu'on a saisi ensemble les corps de plusieurs vertèbres lombaires, et opéré avec un point d'appui solide des tractions énergiques; alors le bassin a suivi, et le siège s'est engagé à travers le col; enfin les contractions utérines redoublant d'intensité ont expulsé jusque dans le vagin le tronçon inférieur du fœtus, que l'on n'a eu pour ainsi

dire qu'à cueillir à la vulve. Entre les grandes lèvres l'on apercevait le bout de la colonne lombaire séparée du bout supérieur; l'on peut saisir les corps vertébraux avec deux pinces à cadre, et amener en dehors de la vulve le segment inférieur du fœtus composé d'un bout de colonne vertébrale, du siège et des membres inférieurs.

Le grand lambeau de peau adhérent au tronc, a permis, après le dégagement du siège et des pieds, d'entraîner le tronc et la tête, en faisant des tractions sur le siège expulsé, et de terminer ainsi l'accouchement.

L'opération a été faite en plusieurs séances; notre plus grande préoccupation étant d'éviter tout traumatisme chez la femme; nons avons fait quatre séances, les trois premières d'une heure environ.

La première, comme toutes les autres, a été précédée et suivie d'une injection vaginale phéniquée; dans cette séance nous avons pratiqué l'éviscération, la rupture de la colonne vertébrale, et commencé quelques tractions. Entre chaque temps nous laissions reposer la malade; les manœuvres n'ont donc jamais duré plus d'une heure consécutive.

Les seconde et troisième séances ont seulement donné lieu à des manœuvres d'extraction, rendues difficiles par l'état de putréfaction du fœtus; toutes les deux ont été coupées par des temps d'arrêt pendant lesquels nous pratiquions quelques injections phéniquées.

Enfin la quatrième séance a été très courte, un quart d'heure à peine: d'abord l'expulsion du siège, puis celle du tronc et de la tête.

Notre avis est qu'il faut, pour opérer sûrement, procéder avec beaucoup de lenteur, car l'opération doit se faire entièrement au bout du doigt; dans toutes nos séances, c'est à peine si la malade a accusé quelque douleur: nous nous assurions toujours que nous respections les bords du col utérin, et que nous étions bien dans l'intérieur du fœtus.

Si l'opération a réussi, en tant que manuel opératoire, nous avons eu le regret de voir notre malade succomber le dix-

septième jour après l'accouchement; les onze premiers jours s'étaient passés sans accident, quand le douzième jour survint un frisson avec des signes de phlébite du membre inférieur droit; cinq jours après, la malade succombait aux progrès de la maladie. L'issue funeste est pour nous tout indépendante du procédé d'embryotomie.

Dans l'intérêt de la science, nous publions notre observation, convaincu que le procédé de Lucas-Championnière, qui n'a été, croyons-nous, pratiqué que par l'auteur, est, parmi les procédés d'embryotomie, l'un des plus simples comme manuel instrumental, et des plus faciles comme exécution.

Embryotomie; eviscération et perforation de la colonne vertébrale par le procédé de Lucas-Championnière; présentation du flanc gauche, C. I. D.; *fœtus à terme mort et poche des eaux rompue depuis dix jours; accidents puerpéraux le douzième jour; mort le dix-septième jour.*

Mme D..., 34 ans, primipare, demeurant à Saint-Barthélemy, près Angers, est mariée depuis trois ans, chargée d'embonpoint; elle pesait avant d'être enceinte 100 kilogrammes, et elle estime qu'elle a engraissé encore.

Les dernières règles ont apparu du 14 au 20 avril 1880; la malade a été très bien portante pendant sa grossesse; si ce n'est qu'à sept mois, elle a été prise d'accès d'étouffement, qui n'ont été que de très courte durée.

Dans les derniers jours du mois de mai 1881, elle a rendu quelques caillots de sang, sentant très mauvais.

Huit jours plus tard, le 2 juin au soir, sans cause appréciable, la poche des eaux s'est rompue, et une grande quantité de liquide s'est écoulée; à partir de ce jour les mouvements actifs du fœtus ont disparu; la malade a continué à perdre des eaux, qui se sont transformées en écoulement ichoreux jaune fétide.

Le 4 juin, les seins sont devenus très douloureux pendant un jour seulement, et il y a eu écoulement d'une petite quantité de lait.

Enfin Mme D... éprouvait, à des intervalles éloignés, des contractions utérines agaçantes, mais peu intenses et incapables de produire un travail actif.

Au toucher, le col ne présentait aucune dilatation.

Comme traitement, on se contenta de lui faire faire plusieurs fois par jour des injections phéniquées.

9 juin, 4 heures du soir. — Notre confrère de la Pyramide. M. Crosnier nous prie d'aller examiner la malade avec lui.

Mme D... a dû interrompre ses travaux ; prise de contractions utérines, portant au bas-ventre, revenant tous les quarts d'heure ; le décubitus dorsal ou la station assise lui sont pénibles, car elle est obligée de se promener dans sa chambre, et s'appuie contre un meuble au moment des contractions ; elle perd toujours un liquide fétide, et se loue fort de ses injections désinfectantes ; qu'elle répète souvent.

L'état général est satisfaisant; l'appétit est bon; mais, ne pouvant dormir tranquillement depuis sept jours, n'ayant pas de repos dans la journée, il y a un sentiment de fatigue, facile à comprendre, et Mme D... attend avec impatience le moment d'être délivrée.

Après avoir fait coucher la malade, nous procédons à l'examen :

L'abdomen est très volumineux.

A la palpation : parois abdominales très épaissies par un abondant tissu adipeux; fond de l'utérus porté à droite, utérus très incliné de haut en bas et de droite à gauche ; à la partie inférieure gauche, saillie latérale arrondie ; en avant, tumeur dure, ronde, facile à isoler et simulant parfaitement la tête. A droite, résistance bien moindre, sensation de fluctuation, à travers laquelle on ne perçoit pas de parties fœtales.

A l'auscultation : absence totale de tout bruit.

Au toucher : col effacé et se confondant avec le segment inférieur de l'utérus. Orifice externe existe seul ; dilatation à peine d'une pièce d'un franc, bords minces et résistants.

Le doigt indicateur seul peut pénétrer dans l'utérus ; on sent un peu au-dessus une partie fœtale peu résistante et qui certainement n'est pas la tête.

La vulve est étroite ; le vagin sensible, l'introduction de deux ou trois doigts ne donne pas d'indication plus complète. Le doigt ramène un peu de matière sébacée et d'épiderme, l'introduction de la main dans l'utérus est impossible ; l'utérus est fortement rétracté et la malade se plaint énergiquement. Je ne trouve aucun signe de rétrécissement du bassin.

Comme diagnostic, je pose avec un point d'interrogation : Grossesse gémellaire ;

Présentation du siège ou d'un plan latéral ; premier enfant qui se présente est mort et situé en arrière, et à gauche ; second enfant à droite et en avant dans un œuf intact probablement.

Traitement. — Expectation à raison de l'impossibilité de pénétrer dans l'utérus ; surveiller de très près la malade ; continuer plusieurs fois par jour des injections phéniquées ; sulfate de quinine (0,50), tous les jours. Régime tonique.

11 juin, 5 heures du soir. — Etat général toujours satisfaisant ; écoulement purulent et fétide.

Les contractions utérines ont continué depuis la visite de l'avant-veille, mais elles sont plus énergiques depuis le matin. M. Crosnier a constaté le matin un progrès dans la dilatation du col.

Après avoir fait une injection désinfectante, nous procédons au toucher :

Dilatation de l'orifice externe de la grandeur de la paume de la main, bords résistants, manquant de souplesse, intimement appliqués sur la partie qui se présente.

Partie fœtale, descendue plus bas que l'avant-veille, on perçoit au milieu et à gauche la sensation d'une partie molle, élastique ; volumineuse ; à droite, on sent le gril intercostal, et l'extrémité libre des fausses côtes, cette extrémité regardant en arrière. Il était impossible d'atteindre à gauche les pieds, et à droite le creux de l'aisselle ou le bras.

Donc, quant au fœtus qui se présentait, le diagnostic n'était plus douteux :

Présentation du flanc gauche, dos en avant : C. I. D.

Mais à quoi rapporter le développement considérable de l'utérus en haut et à droite, et la tumeur située à gauche, arrondie, volumineuse comme la tête d'un fœtus ? Nous admettons la présence d'un *second fœtus, tête en bas*, dans un œuf situé en avant, et dont les membranes sont probablement intactes, en raison de la fluctuation manifeste, que l'on perçoit.

Quelle conduite faut-il tenir ?

1° Respecter le second œuf afin de ne pas se créer de nouvelles difficultés ;

2° Procéder à l'extraction du fœtus mort depuis dix jours contenu dans le premier œuf, vide de ses eaux.

Deux indications s'offraient à nous : *la version* ; mais l'œuf était vide, et nous craignions de rompre les membranes du second œuf ;

les pieds étaient en haut et à gauche, le flanc gauche étant profondément engagé dans l'excavation ; les contractions utérines revenaient toutes les cinq minutes, l'utérus était donc très fortement appliqué sur le fœtus ; pour aller à la recherche des pieds. le dos étant en avant, il fallait continuer en arrière la partie engagée ; introduire la main entre cette partie et la partie postérieure du col, ce que nous considérions comme très laborieux et dangereux pour la matrice, qui, fatiguée depuis dix jours par des contractions incessantes eût pu se rompre sans des efforts violents.

Ces raisons nous font préférer l'*embryotomie*. La mort du fœtus n'est pas douteuse, il n'y a aucun intérêt à le ménager ; il faut à tout prix protéger la vie de la mère, et pour cette raison éviter tout traumatisme des parties génitales de la mère et surtout de l'utérus.

Nous nous arrêtons au procédé de Lucas-Championnère : *éviscération puis perforation de la colonne vertébrale*.

OPÉRATION.

1re séance, de 6 à 7 heures.

La malade est placée en travers sur le bord du lit, le bassin un peu élevé. Je fais une grande injection phéniquée, notre confrère, M. Crosnier, met ses deux mains sur le fond de l'utérus.

Avec trois doigts dans le vagin, et après avoir écarté le bord du col, je dirige de grands ciseaux courbes et j'incise la paroi abdominale du fœtus ; l'ouverture est agrandie à petits coups répétés dans différentes directions.

Avec une longue pince courbe, je saisis l'intestin, dont j'attire une extrémité à la vulve ; il s'effile comme un écheveau de laine ; toujours guidé par deux doigts, j'arrive sur le foie, que j'extrais en trois ou quatre fois ; tous ces organes sont ramollis comme ceux d'un fœtus mort depuis quelque temps.

Ce vide fait dans la cavité abdominale me permet de m'orienter à l'intérieur du fœtus, le dos du fœtus étant situé en avant ; je sens les corps des vertèbres en haut et en avant, et regardant en arrière, je conduis à l'intérieur de la main le perforateur de Lucas-Championnière sur un point qui me semble le plus accessible ; je le visse sur ce point, puis, je le retire par un mouvement inverse ; après avoir eu conscience d'une résistance vaincue, et d'avoir traversé la partie antérieure de la colonne vertébrale.

Je fais la même manœuvre dans un second point, situé à droite du premier, de la sorte j'ai un segment de colonne vertébrale de 3 ou 4 centimètres entre les deux perforations.



J'introduis ensuite le crochet de Guyon, et je vais accrocher à l'intérieur du fœtus le segment de colonne vertébrale ; je tire en faisant des mouvements de torsion, le fragment cède; la colonne vertébrale est rompue en deux segments.

Après avoir fait plusieurs tentatives avec mes pinces courbes pour attirer le fœtus et l'engager, la malade étant fatiguée, je fais une grande injection phéniquée, et on la replace dans son lit. Pendant toute cette séance, elle n'a pas accusé la moindre douleur dans le ventre ; le col utérin a été complètement respecté, ainsi que le vagin ; l'introduction prolongée des doigts pour guider les instruments a été tolérée aussi bien que possible, et l'injection a causé un réel bien-être.

2e *séance, de* 10 *à* 11 *heures.*

Dans cet intervalle, la malade a pu s'alimenter, et s'est reposée ; elle n'accuse aucune douleur; les contractions utérines ont continué, comme auparavant, toutes les dix minutes, et portent surtout dans le bas-ventre. La malade est placée sur le bord du lit. Grande injection phéniquée. — La partie n'est pas plus engagée qu'à la fin de la première séance. Avec des pinces à plateau rond, servant pour l'ovariotomie, je cherche à saisir un point du fœtus afin de le faire engager, et de faciliter l'expulsion d'une de ses extrémités ; l'extrémité inférieure, si c'est possible.

Je saisis plusieurs fois la paroi abdominale, au pourtour de l'incision; mais le fœtus étant mort et macéré, la partie saisie cède, comme du vieux linge, et le fœtus ne s'engage pas davantage.

Je saisis une côte libre, puis une seconde, mais les ligaments sont si peu résistants, que les côtes viennent seules sans rien entraîner avec elles.

Je cherche à atteindre la colonne vertébrale ; je saisis plusieurs vertèbres, qui se détachent isolément ; je détruis ainsi la portion rendue libre de la colonne vertébrale.

J'extrais encore quelques fragments de viscères abdominaux ; la cavité abdominale est complètement vide, et les deux bouts de la colonne vertébrale sont mobiles, l'un sans l'autre.

Ces tentatives répétées avaient déterminé chez la malade et nous-même une sensation de fatigue : nous en restons là. Grande injection phéniquée et la malade est replacée dans son lit.

Pendant cette séance, la malade n'a accusé aucune douleur abdominale, et les parties génitales n'ont pas souffert.

3e *séance*, 12 *juin*, 5 *heures et demie du matin à* 6 *heures et demie*.

La nuit a été assez calme; la malade a goûté quelques moments de repos; mais toutes les vingt minutes elle a été réveillée par des contractions utérines, qui semblaient plus énergiques vers le matin; on a continué à l'alimenter dans les intervalles, et à soutenir les forces avec du café, des vins, de l'eau-de-vie.

Nous donnons une grande injection phéniquée à la malade ; nous trouvons au toucher que la partie engagée a baissé un peu, et que le dos est en rapport plus direct avec l'orifice du col ; le bout inférieur de la colonne vertébrale est plus facilement accessible : aussi est-ce sur lui que nous allons diriger nos efforts.

Avec les pinces à plateau rond, nous essayons de saisir les corps des vertèbrès: — nous saisissons d'abord une fausse côte; elle cède seule à quelques tractions ; il en est de même de quelques portions de la paroi abdominale. Enfin après quelques tâtonnements nous sommes assez heureux d'arriver à saisir plusieurs corps de vertèbres, qui constituent un point d'appui résistant : nous faisons des tractions lentes et soutenues ; nous avons conscience d'entraîner la partie saisie, et la malade accûse des contractions plus énergiques; une fois encore, les vertèbres cèdent, et nous trouvons entre les mors des pinces trois corps de vertèbres, qui appartiennent aux vertèbres lombaires.

Ces tentatives répétées ont, malgré toute espèce de précautions, fatigué la malade qui souffre déjà depuis dix jours ; nous faisons une large injection phéniquée en replaçant la malade dans son lit.

Mon honorable confrère et moi commençons à être fatigués; nous jugeons le cas suffisamment sérieux pour désirer faire partager notre responsabilité : nous envoyons prier notre confrère le professeur Guignard de vouloir nous assister.

A partir de 7 heures et demie du matin, les contractions devien-

nent plus énergiques, plus rapprochées, et, en revenant près de la malade à 8 heures et demie, nous constatons de véritables douleurs expultrices.

Par le toucher, nous constatons qu'une partie fœtale volumineuse est engagée dans le vagin, presque à la vulve ; le doigt rencontre les dernières vertèbres lombaires, et derrière elles le bassin du fœtus ; nous avons donc réussi à engager le train postérieur du fœtus, résultant de la section de la colonne vertébrale.

Notre excellent confrère le Dr Guignard arrive, et nous lui faisons constater ce que nous avons trouvé.

En écartant les grandes lèvres, avec des pinces à plateau, on saisit la partie, qui se dégage facilement au moyen de tractions bien dirigées.

Le bassin, le siège, les extrémités inférieures apparaissent à la vulve sans de trop grands efforts.

Ce segment inférieur du fœtus est uni au supérieur par un large lambeau de paroi abdominale droite et postérieure ; ce lambeau sert de point de traction pour entraîner la partie supérieure, qui descend facilement.

Le thorax sort à la vulve, puis les épaules, enfin la tête. Celle-ci très volumineuse est ramollie, mais derrière elle il sort au moins trois quarts de litre d'un liquide purulent, d'odeur infecte, qui était retenu dans la cavité utérine au-dessus de la tête.

En examinant le fœtus, il était mort depuis plusieurs jours, macéré dans le pus, et la pénétration de l'air avait amené un commencement de putréfaction, fortement accusée par l'odeur qui s'en dégage. Ce fœtus, du sexe féminin, était bien conformé, volumineux et à terme.

Nous constatons sur le fœtus une large ouverture béante, arrondie, correspondant au flanc gauche; la paroi abdominale a été enlevée comme à l'emporte-pièce par les pinces à plateau.

La cavité abdominale est vidée des intestins et du foie ; un segment de colonne vertébrale manque. Cet examen est la confirmation de l'opération pratiquée et de la séparation du fœtus en deux parties.

En même temps que le fœtus, le cordon resté adhérent à l'ombilic a été entraîné avec lui et s'est rompu à son insertion placentaire, les annexes ayant subi le même commencement de putréfaction que le fœtus.

Restait à faire la *délivrance*.

La malade ne perdait pas de sang et n'avait pas de contractions; après l'avoir laissé reposer quelques instants, notre excellent confrère, le Dr Guignard, toucha la malade et alla à la recherche du placenta; après avoir introduit la main dans l'utérus, il opéra le décollement du placenta et fit son extraction. Des caillots assez abondants suivirent la délivrance; on favorisa le retrait de l'utérus en faisant prendre à la malade deux grammes de seigle par la bouche, et en faisant en même temps deux injections de un gramme d'ergotine Yvon.

Le placenta extrait était pâle, exsangue, aminci, et participait de la putréfaction générale de l'œuf; il était inséré à la face antérieure et supérieure de la cavité utérine.

Immédiatement après l'extraction de l'enfant, et avant la délivrance, nous avions pu nous convaincre par le toucher et le palper qu'il n'y avait qu'un fœtus : notre diagnostic de grossesse gémellaire était donc erroné.

En palpant l'utérus, le développement considérable de la corne droite n'existait plus; cependant nous retrouvions et pouvions circonscrire au-dessus du pubis cette grosseur du volume des deux poings qui nous en avait imposé pour une tête de fœtus : cette tumeur ne peut être qu'une tumeur fibreuse surajoutée à l'utérus.

Traitement. — Nous prescrivons de laisser reposer la malade; puis de commencer dans la soirée et de continuer toutes les 4 heures une injection désinfectante phéniquée, faite avec la sonde à double courant de Stoltz; la malade restant dans le décubitus dorsal.

Compresses phéniquées sur la vulve; sulfate de quininine, 0,50 centigr. Bouillon, potage, vin, café, eau-de-vie.

13 juin. Mme D... s'est reposée, a dormi, a pris tous les toniques qu'on lui a présentés, elle a uriné. Le ventre n'accuse aucune douleur, pas de ballonnement. Le vagin seul serait sensible et ferait éprouver un peu de cuisson. Temp., 37°8. Pouls, 96. L'état est donc aussi satisfaisant que possible.

Continuer le traitement : sulfate de quinine, etc. Alimenter autant que le voudra la malade.

14 juin. Temp., 38°2. Pouls, 96. Etat général très bon. Lochies sanguinolentes. Muqueuse vaginale grisâtre à la fourchette et à la paroi postérieure.

Les injections ne sont pas douloureuses et causent un réel bien-être. Aucune mauvaise odeur.

Traitement ut supra.

15 juin. Temp., 38°4. Pouls, 104. Lochies un peu purulentes ; nous faisons nous-même une injection intra-utérine phéniquée; l'introduction de la sonde de Stoltz n'est pas douloureuse. Pas de gonflement des seins.

Traitement ut supra. Un verre d'eau de Pullna contre la constipation et l'état saburral de la langue ; à continuer pendant plusieurs jours.

16 juin. Temp., 38°2. Pouls, 104. Absence de ballonnement et de sensibilité abdominale. Ecoulement purulent assez abondant, non fétide. Les injections sont continuées toutes les 4 à 5 heures. Injection intra-utérine phéniquée.

Traitement et régime ut supra.

17 juin. Temp., 37°9. Pouls, 92, Muqueuse vaginale est noire, grisâtre, rosée par endroits, pus moins abondant. L'état général s'améliore. Un peu d'appétit. Sommeil.

Traitement ut supra.

18 juin. Temp., 38°1. Pouls, 92. Etat général sensiblement amélioré. La malade a plus de forces.

Traitement ut supra.

19 juin. Temp., 37°6. Pouls, 88. La malade a repris gaieté et appétit, peut se retourner dans son lit facilement. Muqueuse vaginale en grande partie réparée dans la partie que l'on peut observer derrière les grandes lèvres et à l'entrée du vagin.

On éloigne les injections toutes les heures; écoulement ayant beaucoup diminué.

Régime ut supra.

20 juin. Temp., 37°5. Pouls, 88. Facies très bon. La langue rosée. Appétit. Etat tellement satisfaisant que je remets ma visite du lundi au jeudi suivant.

23 juin. La veille, dans l'après-midi, vomissements incessants et fatigants, perte de l'appétit, agitation. Douleurs assez vives dans le mollet droit, qui est plus volumineux, 4 centimètres de plus de circonférence, pas de cordons veineux durs. Du reste, en raison du tissu adipeux abondant, le toucher est très difficile.

9 heures du matin. Temp., 39°,7. Pouls, 112. Facies jaune pâle. Abattement. Langue blanchâtre. Bouche mauvaise. Envie d'aller à la garde-robe. Selles verdâtres, diarrhéiques, sentant mauvais.

Aucune douleur du côté du ventre. Muqueuse vaginale reconstituée.

Suppuration lochiale sans odeur et diminuée de quantité depuis deux jours.

En présence de cet état inquiétant : sulfate de magnésie, 40 gr., sulfate de quinine 50 centigrammes.

24 juin. Nous sommes mandé près de la malade à minuit. Hier soir à 9 heures, frisson violent, avec claquement de dents, qui a duré une grande demi-heure, nous constatons : temp., 40°,1, pouls à 120. Pas de dyspnée marquée ; peau chaude ; teint pâle ; conjonctives jaunâtres. Pas de douleurs abdominales, le mollet droit est douloureux, empâtement dans tout le mollet, il a 6 centimètres de plus de circonférence que le gauche, l'épaule gauche un peu douloureuse, connaissance parfaite. Purgation a donné dix résultats qui ont soulagé la malade.

Traitement. — 2 injections d'éther quinique au 1/10e ; sulfate de quinine 2 grammes à prendre en quatre fois dans la journée.

9 heures du matin. Temp. 39,7 ; pouls 116. Lavement phéniqué qui donne trois selles abondantes et fétides.

3 heures du soir. Temp. 39,1. Pouls 112. Amélioration légère dans l'état général, la malade s'est alimentée convenablement ; aile de pigeon, café, eau-de-vie.

25 juin, 9 heures du matin. — Temp. 39,1 ; pouls 112. Sueurs abondantes ; surdité par le sulfate de quinine. Nuit très agitée.

Hier soir à 8 heures, frisson, mais très léger, on n'a même pas été obligé de couvrir la malade. Mollet toujours volumineux, mais moins dur ; la malade le remue plus facilement, et ne se plaint plus de son épaule gauche.

Facies meilleur ; sueurs abondantes ; énergie conservée ; mais rêvasseries passagères.

Aucun symptôme du côté du ventre, pas de douleurs ; le ballonnement n'est pas plus considérable.

Traitement. — Sulfate de quinine 1 gramme, trois lavements phéniqués. Lotions aromatiques sur le visage et aux extrémités.

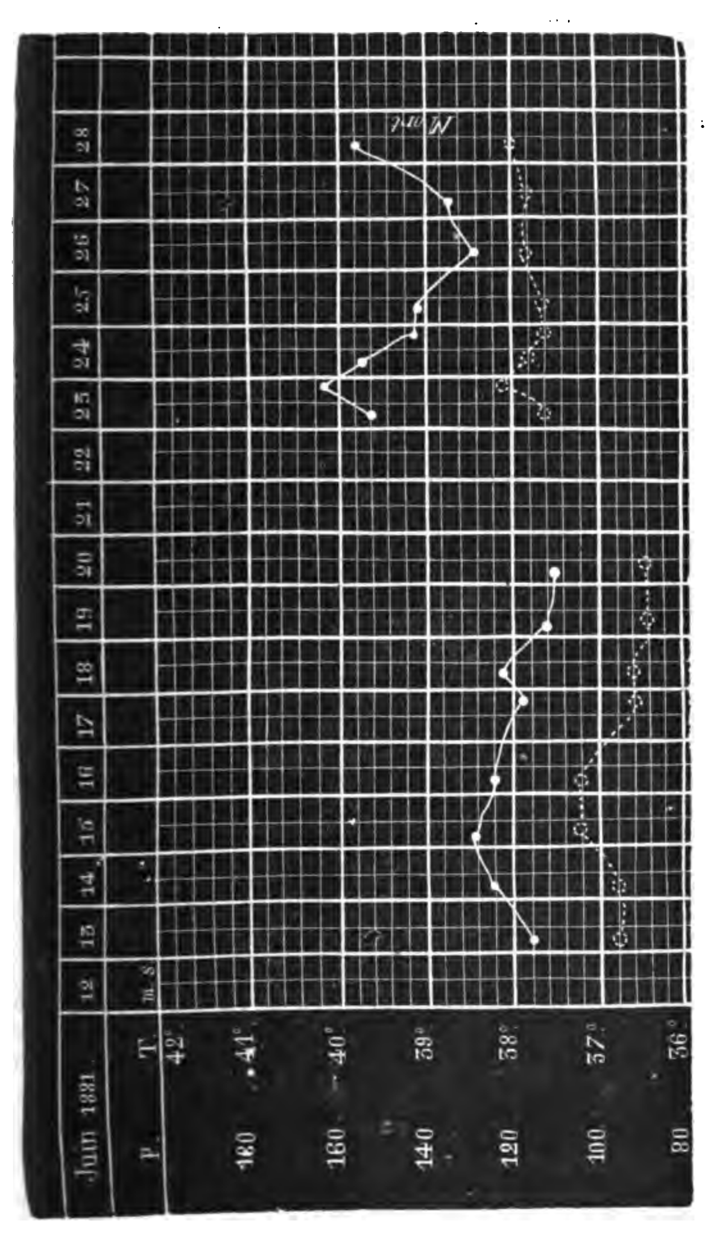
26 juin. 10 heures du matin.

Temp., 38°,4, pouls, 116.

La nuit a été bonne, sommeil calme une grande partie de la nuit.

Sueurs toujours abondantes. Langue saburrale humide.

Le ventre n'est pas ballonné ; mollet toujours douloureux ; lochies


Juin 1881
P.
T.
m s
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
Mort
42°
41°
40°
39°
38°
37°
36°
160
140
120
100
80

diminuées, mais encore fétides, sans caractère ; état général plus satisfaisant.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme, injections phéniquées. Lavements frais ; lotions aromatiques.

27 juin, 9 heures du matin. Temp. 38,7. Pouls, 116.

Hier soir, à 7 heures, a commencé une fièvre intense avec agitation. A 11 heures, frisson violent de trois quarts d'heure ; à partir de ce moment changement dans l'état général ; langue sèche ; visage altéré ; subdelirium ; malade répond dans intervalle des rêvasseries a continué à s'alimenter.

Aucune souffrance dans l'abdomen Pas de vomissement ni diarrhée. Mollet droit toujours très douloureux. Cuisse très sensible sur le trajet de la saphène, et plus volumineuse, mouvements respiratoires plus fréquents.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1gr.50 ; vin, café, eau-de-vie continués. Lavements, deux injections phéniquées le soir.

28 juin, 9 heures du matin. Temp. 39°,8. Pouls à 120.

Etat général sensiblement aggravé, la malade ne répond que difficilement aux questions ; facies sans expression, pâle, sueurs au visage.

72 mouvements respiratoires par minutes. Haleine fétide. Prostration générale. Ventre non douloureux, non ballonné. Membre inférieur gauche plus volumineux, à la cuisse surtout.

Langue sèche, sortant péniblement de la bouche. Soubresauts de tendons continuels dans les membres supérieurs.

Il n'y a pas eu de frissons dans la journée d'hier, mais il y a eu grande agitation toute la nuit ; la malade voulait continuellement sortir de son lit, véritable état typhoïde.

Pas de diarrhée. Un grand lavement donné hier a donné une selle solide considérable.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

La malade succomba à six heures du soir, le dix-septième jour après l'embryotomie, cinq jours après le début des accidents et après avoir traversé les douze premiers jours sans symptômes menaçants.

L'autopsie n'a pas pu être faite.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES GROSSESSES MULTIPLES

Relation d'un accouchement triple observé à la Maternité de Nancy

Par le Dr **Alphonse Herrgott**, agrégé.

Les exemples de grossesses triples sont relativement rares; d'après Veil on n'en observerait qu'un cas sur 7,910 accouchements; de plus, ainsi que l'a démontré Puech dans une importante monographie sur le sujet qui nous occupe, leur fréquence ne serait pas la même dans tous les pays; d'après cet auteur le rapport entre les grossesses triples et les grossesses simples seraient de 1 : 4054 pour la Russie, 1 : 4995 pour l'Irlande, 1 : 5442 pour la Norwège, 1 : 6436 pour le Mecklembourg-Schwéring, 1 : 6464 pour le Wurtemberg, 1 : 6575 pour le grand-duché de Bade, 1 : 7820 pour la Prusse, et enfin 1 : 8256 pour la France. Les grossesses triples seraient donc deux fois plus rares en France qu'en Russie.

L'observation d'un accouchement trigémellaire constitue donc une véritable rareté obstétricale; et, en effet, si nous recherchons quel est le nombre des grossesses triples observées dans les maternités de Strasbourg et de Nancy, nous constatons qu'en quarante ans il n'y a eu à la Clinique obstétricale de Strasbourg que deux accouchements triples, l'un en 1854, l'autre en 1868. M. Gross, alors interne de M. le professeur Stoltz, en a rapporté les observations dans un travail inséré dans la *Gazette médicale* de Strasbourg. Depuis les dix années que la clinique d'accouchement est installée à la Maternité de Nancy on n'avait pas, jusqu'au mois de septembre dernier, eu l'occasion d'assister à un accouchement triple. C'est la relation de ce cas que je viens rapporter ici.

La nommée E... S..., 24 ans, primipare, entre en travail à la maternité de Nancy le 30 septembre 1881.

De taille moyenne, pâle, affaiblie, bien qu'elle prétende n'avoir jamais été malade.

Un fait curieux à rappeler, c'est que la mère d'E... S... aurait eu 13 accouchements, dont un gémellaire. Une de ses cousines aurait eu également un accouchement double. Elle a été réglée abondamment, régulièrement toutes les quatre semaines depuis sa 14e année jusqu'à la fin de janvier 1881, époque à laquelle l'écoulement menstruel, tout en paraissant, avait notablement diminué. Au mois de février elle a encore un peu perdu, et ce n'est qu'en mars que ses règles n'ont plus reparu. Les phénomènes sympathiques ont été assez prononcés ; outre des nausées et des vomissements qui ont été fréquents au début de la gravidité, E... S... a eu de la gingivite, du ptyalisme, des alternatives de diarrhée et de constipation. Pendant les derniers mois de sa grossesse, elle a beaucoup maigri, a eu des sueurs profuses, et a souffert d'une céphalalgie frontale très intense qui n'a cessé qu'après l'accouchement.

Lorsque la parturiente fit son entrée à la Maternité, le 30 septembre 1881, à 2 heures du soir, elle était en travail depuis cinq heures; elle avait perdu les eaux en assez grande quantité dès 9 heures du matin, et, malgré cela, son ventre était encore très volumineux.

Par l'auscultation on entend à droite deux *maxima* de bruits fœtaux nettement séparés, l'un au-dessus de l'ombilic, l'autre au-dessous ; les battements dans ce dernier foyer sont moins forts que ceux perçus plus haut. A gauche on n'entend rien.

Le palper est assez difficile à pratiquer à cause de la tension excessive des parois abdominales, néanmoins il est possible de délimiter en haut et à droite, une partie fœtale dure, arrondie, mobile, qui ressemble à une tête.

On constate par le toucher que le col est effacé et que l'orifice, dont les bords sont assez épais, présente une dilatation mesurant 3 centimètres de diamètre.

Une deuxième tête plonge dans l'excavation, elle semble être

assez petite, car sa dureté est peu considérable, les sutures et les fontanelles sont larges. La petite fontanelle est en avant et à gauche.

De ces faits on conclut à l'existence d'une grossesse gémellaire, le fœtus qui était engagé se présentant par le sommet en O. I. G. A., le second devant au contraire se présenter par le siège, puisque la deuxième tête celle perçue par la palpation se trouvait située vers le fond de l'utérus.

Le travail marche rapidement; les contractions sont énergiques et fréquentes; aussi la dilatation est-elle complète à 3 heures 30 et à 4 heures 15 ; le *premier enfant*, qui est du sexe féminin et qui pèse 1310 grammes, est expulsé spontanément en O. I. G. A.

A ce moment le fond de l'utérus est encore à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Par le toucher on trouve une nouvelle poche volumineuse, et à travers les membranes on sent une tête qui se présente en O. I. D. P.

Pendant une contraction, les membranes sont rompues et un *second fœtus* du sexe masculin pesant 1225 grammes (diamètre bipariétal, 8 centimètres) est expulsé rapidement.

Cependant la matrice demeure encore volumineuse et dépasse toujours l'ombilic. On découvre alors par le toucher l'existence d'une troisième poche amniotique qui se rompt spontanément. Deux pieds se présentent à la vulve et un *troisième enfant* est extrait facilement. C'est un garçon pesant 1100 gr. (Diamètre bipariétal, 7 centimètres).

Nous avions donc trois enfants de sexe différent, deux garçons et une fille. C'est ce qui arrive le plus fréquemment. D'après les statistiques de Veit, sur 1689 grossesses triples, on constata 921 fois des sexes différents ; 501 fois 2 garçons et une fille comme dans le cas présent, et 420 fois 2 filles et 1 garçon.

Quant aux présentations de chacun de ces fœtus, nous avions deux présentations du sommet et une du siège ; or, ce n'est pas ce qui arrive le plus fréquemment. Puech, sur les 60 cas dont il rapporte les observations, n'a constaté que 7 fois des présen-

tations analogues à celles qui existaient ici, tandis que les accouchements dans lesquels les trois fœtus se présentent par le sommet sont relativement les plus nombreux, le fait ayant été relevé 17 fois.

Vingt minutes après on veut extraire le placenta qui se trouvait dans le vagin, mais on le trouve adhérent au deuxième placenta qui est unique pour les deux autres fœtus. La délivrance néanmoins se termine facilement et sans hémorrhagie. Cependant comme l'utérus a été très distendu par ce triple produit de conception, on fait, par précaution, une injection hypodermique d'ergotine.

La masse placentaire se compose de deux placentas reliés l'un à l'autre par un pont membraneux.

Chaque fœtus était contenu dans une loge spéciale et possédait un cordon ombilical indépendant; mais le cordon de chacun des fœtus mâles se rendait au même placenta.

La fille, qui avait été expulsée la première, était contenue dans un sac membraneux indépendant et possédait un placenta spécial.

Il y avait donc trois loges, trois cordons et deux placentas.

Puech rapporte que sur 50 grossesses triples on a observé 15 fois l'existence de deux placentas, comme dans le cas que nous rapportons.

Il existait également deux placentas, trois loges et trois cordons dans un des accouchements trigémellaires dont M. Gross a relaté l'observation.

Il est difficile de dire si la femme E... S... est accouchée à terme. Sa dernière époque menstruelle date, il est vrai, de la fin de décembre, mais comme elle a continué à perdre encore un peu en janvier et en février, on ne peut préciser le point de départ de la grossesse; seulement, les poids des fœtus (1,310, 1,225 et 1,100 grammes) sont si peu élevés, qu'il est probable que le travail s'est déclaré prématurément.

Les suites de couches ne présentent rien de particulier, cependant l'involution utérine fut assez lente à se produire.

La sécrétion laiteuse s'établit régulièrement, mais les enfants ne purent teter ; on fut obligé de les élever à la cuiller.

Le troisième jour après l'accouchement, l'enfant qui s'était présenté par le siège et qui avait été expulsé le dernier (poids 1,100 grammes), succombe malgré les soins dont il est entouré.

Le lendemain, le deuxième garçon meurt également (poids 1,236 grammes).

La fille, qui était née la première, prend le sein et boit assez facilement, mais, quelques jours après, elle ne tarde pas à s'indurer et succombe à son tour quinze jours après sa naissance.

Ainsi aucun des enfants ne survécut ; c'est malheureusement ce qui arrive bien souvent dans ces circonstances. Les mort-nés s'observent même, d'après Puech, dans la proportion de 31 pour 100, et il a soin d'ajouter que la mortalité des trijumeaux est très grande après l'accouchement et pendant la première enfance. Dans les deux observations rapportées par M. Gross, les six enfants succombèrent également peu après leur naissance.

On comprend sans peine les causes de cette léthalité considérable. La présence de plusieurs fœtus dans la cavité utérine ne permet plus à l'accommodation de se faire régulièrement. Les fœtus se gênent mutuellement dans cet utérus qui, par sa forme, n'est destiné à contenir qu'un seul produit de conception ; il s'ensuit que dans ces cas les présentations irrégulières, accidentelles, celles qui résultent d'un vice d'accommodation, sont relativement très fréquentes. C'est en effet ce que démontre l'expérience ; c'est dans les cas de grossesses multiples que les présentations transversales sont les plus nombreuses. Sur 60 accouchements triples rapportés par Dunal et Puech, 24 enfants sur 180 se présentèrent par l'épaule. La fréquence de ces présentations transversales dans les grossesses triples serait donc près de 13 pour 100, tandis qu'en général, d'après la statistique de Pinard, basée sur 100,000 accouchements, la fréquence ne serait que de 1 sur 125. Or, on sait quel est pour l'enfant le pronostic d'une pareille situation, et combien est

grand le nombre de ceux qui succombent pendant leur extraction. Cependant il faut reconnaître que, relativement, c'est le plus souvent le troisième fœtus qui se présente transversalement; sur 60 accouchements, les présentations de l'épaule ont été observées 12 fois pour le dernier enfant; aussi, la version facilitée par le passage des deux premiers fœtus est-elle en général moins compliquée et par conséquent moins dangereuse qu'elle ne l'est habituellement.

Outre cette cause de mort résultant d'une présentation anormale, il en est une autre qui est la conséquence de l'expulsion prématurée de ces fœtus hors du sein maternel. L'utérus, si énormément distendu, se contracte avant le terme régulier de la grossesse, et l'accouchement a lieu le plus souvent, comme l'a fait déjà remarquer Puech, du septième au huitième mois de la gestation, plutôt avant qu'après cette époque, par conséquent à un moment où ces fœtus n'ont pas encore atteint le terme complet de leur viabilité.

Le pronostic des grossesses triples est moins sombre pour la mère, toutefois ce n'est pas impunément et sans produire des troubles sérieux du côté de la circulation que l'utérus est si considérablement distendu. Cet organe comprimant les vaisseaux situés derrière lui gêne considérablement la circulation de retour, d'où production d'œdème des membres inférieurs, des organes génitaux externes, etc., accidents si souvent mentionnés déjà dans les observations de grossesses gémellaires. L'éclampsie vient aussi quelquefois, comme dans les cas d'hydramnios, entraver la marche du travail ou compliquer les suites de couches (1).

Il en est de même des hémorrhagies utérines qui accompagnent ou suivent l'expulsion du délivre et qui se produisent si fréquemment lorsque le muscle utérin, en quelque sorte *forcé* par une distension exagérée, ne se rétracte que faiblement, se contracte mal et laisse par conséquent béants les ori-

(1) Finlay *Edinb. med. Journal*, 1877, juli, p. 36, et *Centralbratt für Gynæk.*, 1878, n° 2.

fices des sinus vasculaires du placenta maternel. Aussi, est-il indiqué, lorsque la délivrance est terminée, de pratiquer dans tous ces cas une injection sous-cutanée d'ergotine. Cette intervention prophylactique aura pour effet de soustraire la femme à un des accidents les plus graves qui puisse être le résultat de la distension si considérable de l'utérus.

Mais cette injection d'ergotine ne devra être faite qu'après que la délivrance sera terminée : on s'exposerait trop sans cela à être l'auteur de complications qui seraient la conséquence de l'administration prématurée et intempestive de cet agent oxytocique.

Voici du reste quels sont les préceptes que M. Tarnier, dans son remarquable Traité d'accouchements (1), conseille de suivre pendant l'expulsion du placenta dans les grossesses triples :

« Immédiatement après l'expulsion du premier et du second jumeau, il faut lier l'extrémité placentaire du cordon ombilical; cette précaution a pour but de prévenir une hémorrhagie dangereuse pour le ou les enfants qui restent dans la cavité utérine, au cas où il existerait des communications vasculaires entre les différents placentas. Après le troisième accouchement, la délivrance est *partielle* lorsque le placenta ou les placentas ont été expulsés antérieurement ; *commune* lorsque les placentas sont encore tous les trois dans la cavité utérine. Pour déterminer leur expulsion, on procède comme dans la grossesse gémellaire, c'est-à-dire qu'après avoir fait un peu d'expression modérée on tire isolément sur chaque cordon au lieu de tirer sur les trois cordons réunis en masse, comme quelques accoucheurs l'ont conseillé, à tort, selon nous. »

Le *rôle* de l'accoucheur dans les accouchements trigémellaires est donc en réalité assez net et peut se résumer en deux mots : prudence et vigilance. Il devra surveiller la marche de la parturition de façon à être prêt à agir, et cette intervention consiste le plus souvent à régulariser la situation d'un des fœtus. Puis, la délivrance terminée, il devra renforcer la rétrac-

(1) *Traité de l'art des accouchements*, par S. Tarnier et G. Chantreuil, p. 743.

tibilité et la contractilité du muscle utérin par l'injection sous la peau du véritable tonique de l'utérus, l'ergotine. Nous croyons que l'administration de ce médicament sous cette forme est préférable à celle par la voie stomacale, l'action de l'ergotine injectée sous la peau étant, ainsi que l'a démontré l'expérience, beaucoup plus rapide. Or, dans ces cas, ce qu'il faut c'est ne pas perdre des instants précieux dans l'attente de l'action du médicament ; ce qu'il faut surtout, c'est agir vite.

Mais si pendant l'accouchement l'intervention du médecin est nettement définie, il n'en est plus de même pendant la grossesse. On a vu en effet par ce qui précède que les présentations irrégulières étaient très fréquemment observées dans les grossesses triples ; d'autre part on sait qu'un des grands progrès de l'obstétricie moderne consiste à régulariser, grâce à la version par manœuvres externes, les présentations vicieuses. Malheureusement, la présence de plusieurs fœtus dans la cavité utérine, cause première de ces vices de situation, est par elle-même une contre-indication absolue à l'emploi de ce moyen de régularisation. La version par manœuvres externes ne peut être pratiquée quand l'utérus contient plusieurs fœtus. Une pareille intervention pendant la grossesse ne serait pas seulement inutile, elle serait nuisible.

Et, en effet, dit M. Pinard (1), « on comprend facilement qu'il serait téméraire et dangereux de vouloir, quand deux fœtus se présentent, l'un par l'épaule, l'autre par le siège ou tous les deux par le siège, chercher à déterminer un changement de présentation. Les pressions pourraient alors rompre les membranes quand les poches sont distinctes, ou produire des changements de rapports au niveau des annexes du fœtus et en particulier des cordons ombilicaux. » Aussi, ajoute l'auteur du Traité du palper abdominal « le point capital est-il de faire le diagnostic de la grossesse multiple, afin que, trouvant, je suppose, une tête en haut, on ne s'expose à vouloir, par des manœuvres réitérées, l'abaisser quand même, ne s'apercevant

(1) *Traité du palper abdominal*, p. 207.

pas qu'un second fœtus empêche la mutation » ; à plus forte raison quand il en existe un troisième.

Presque toujours l'existence d'une grossesse triple est méconnue et le diagnostic ne se fait qu'après l'expulsion du deuxième enfant, alors que l'on est étonné de trouver que l'organe gestateur contient *encore* un troisième produit de conception.

Cette absence de diagnostic résulte aussi de ce que les femmes, dans ces cas, accouchant ordinairement avant terme, n'appellent les secours de l'art que quand elles sont surprises par le travail, alors que le temps propice au diagnostic est passé. Cependant, exceptionnellement, le médecin pourra être appelé assez tôt pour pouvoir, par une exploration méthodique et minutieuse de la paroi abdominale, reconnaître l'existence d'une grossesse triple. M. Pinard est le premier qui ait eu la bonne fortune de pouvoir, grâce au palper, rendre en quelque sorte l'utérus *transparent* et diagnostiquer la présence de trois têtes d'une façon assez nette pour pouvoir annoncer la naissance de trois enfants. La grossesse, dans ce cas, datait à ce moment de six mois environ, et quelques semaines plus tard, en raison de la tension et de l'œdème de la paroi abdominale, la palpation était devenue extrêmement difficile. L'auscultation répétée un grand nombre de fois ne révéla jamais qu'un maximum à gauche et en bas et un autre en haut et à droite. Le troisième foyer distinct et non isochrone qui aurait, en dehors du palper, permis à M. Pinard de reconnaître l'existence d'une grossesse triple n'a jamais pu être découvert.

C'est du reste ce que nous avons observé, et c'est ce qui se passe le plus habituellement ; l'auscultation permet bien de reconnaître deux *maxima* distincts, mais le troisième fait défaut. C'est également ce qui a été rapporté dans une observation de grossesse triple publiée par Frank C. Wilson (1), dans laquelle l'auteur, trois jours avant l'accouchement, aurait fait, par le palper, le diagnostic du nombre, de la présentation et de la po-

(1) *Med. Herald.*, janvier 1880, et *Centralblatt für Gynæcologie*, p. 266, 1880.

sition des fœtus, alors que l'auscultation ne lui avait permis de découvrir que deux centres de battements fœtaux. Toutefois, ces renseignements fournis par l'auscultation ne furent pas complètement perdus pour l'accoucheur qui pensa pouvoir, en se basant sur le nombre de ces battements fœtaux, diagnostiquer la nature du sexe pour deux de ces fœtus. Le hasard ayant dans cette circonstance confirmé le diagnostic du sexe des fœtus, l'auteur put annoncer la naissance de trois fœtus dont la présentation, la position et le sexe avaient été préalablement reconnus.

Il serait difficile de faire un diagnostic plus complet et plus précis !

REVUE DE LA PRESSE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER PRIMITIF DU CORPS DE L'UTÉRUS

Par le Dr Engelmann.

Traduit de l'anglais par le Dr Paul Rodet.

J'ai rarement eu l'occasion d'observer le cancer primitif du corps de l'utérus et je suis tout à fait porté à admettre les statistiques de MM. Ruge et Weil (1). Ces auteurs disent que « jusqu'à ces derniers temps, on ne trouvait que quelques gynécologistes privilégiés qui en avaient rencontré plus d'un ou deux cas dans leur pratique. Pour décrire la symptomatologie de cette forme insidieuse de cancer, il a fallu réunir et comparer les observations disséminées d'un grand nombre d'auteurs,

(1) Ruge et Weil. *Der Krebs der Gebarmutter Zeitschrift fur Geb. und Gyn.* VI, 2, 1881, p. 261.

car les observations d'un seul n'auraient pas suffi. Et, même, si l'on accepte l'opinion de Thomas, que « le cancer du corps est bien plus fréquent qu'on ne le croit généralement », l'étude attentive de chaque cas pris individuellement ne paraît pas moins importante, car il dit que « le caractère le plus saillant de cette affection, c'est l'obscurité dont son diagnostic est entouré. Pendant longtemps, et peut-être même pendant toute la durée de la maladie, les métrorrhagies et l'écoulement fétide seront les seuls symptômes qui éveilleront l'attention, mais en même temps ils provoqueront un examen plus complet, et si l'on retire, à l'aide de la curette, une portion de tissu et qu'on l'examine au microscope, on pourra alors faire le diagnostic. »

Quant aux *symptômes* de cette affection, il signale les suivants : hémorrhagies, surtout après la ménopause ; dépérissement ; aspect cachectique ; écoulement fétide ; douleurs lancinantes.

Parmi les *signes physiques*, il cite : augmentation de volume et dureté du corps de l'utérus ; augmentation de sa capacité ; hémorrhagie profuse lors du cathétérisme ; ténesme utérin avec dilatation du museau de tanche ; sensation d'une végétation intra-utérine particulière, quand on introduit le doigt ; certitude de la nature du cancer à l'examen microscopique. On verra tout à l'heure que les symptômes que nous avons observés ne sont pas tout à fait les mêmes et que le diagnostic était plus difficile.

Je suis convaincu que bien des cas ont été improprement rapportés comme des cancers du corps de l'utérus, en raison de ce fait que le corps de l'utérus représentait la partie atteinte située le plus profondément. Il arrive souvent que lorsqu'une affection maligne s'étend de la vessie, du rectum, du vagin ou du col jusqu'au fond de l'utérus, les lésions sont bien plus rapides et bien plus marquées dans le point atteint en dernier lieu, de sorte que l'on pourrait croire qu'il a été le point de départ de l'affection, tandis que l'organe d'où la maladie provient semble envahi secondairement.

Plusieurs fois, pendant l'été de cette année, j'ai été appelé en

consultation pour un cas très ennuyeux. On est bien parvenu à arrêter les métrorrhagies, mais l'amélioration n'a été que temporaire; les symptômes constitutionnels et les signes physiques laissaient place au doute. On se demandait si l'on avait affaire à un polype en état de dégénérescence ou à une affection maligne du corps de l'utérus et il me fut impossible d'arriver à un diagnostic exact, jusqu'à ce que j'aie pu examiner au microscope un débris de la production morbide récemment expulsé. La patiente ne consentit à une opération que lorsqu'elle commença à décliner d'une manière sensible.

Le 23 mai 1881 elle vint se confier à mes soins et je rapporte ici son observation que j'ai pu reconstituer d'après les notes de son médecin et d'après ce qu'elle m'a raconté.

Elle était âgée de 37 ans, sa santé avait toujours été excellente, elle avait eu plusieurs enfants, dont le dernier à 18 ans. Ce dernier accouchement avait été suivi d'un phlegmon pelvien. La menstruation avait toujours été un peu ménorrhagique, ce qui l'avait affaiblie beaucoup pendant ces huit dernières années; quelquefois même elle était obligée de garder le lit pendant quelques jours, tellement la perte de sang l'affaiblissait. Cependant elle se considérait comme ayant joui d'une bonne santé jusqu'au printemps 1880, où apparut un écoulement sanguinolent continu, ressemblant plus ou moins à de la sérosité, parfois peu abondante, d'autres fois constituant un véritable flux; cependant il ne présentait rien de régulier et n'avait aucun rapport avec la menstruation. Il y neuf mois, elle remarqua pour la première fois de la leucorrhée tout d'abord légère et ne revenant qu'après chaque période cataméniale, puis devenant plus persistante depuis le mois de janvier, et alternant parfois avec un écoulement muqueux, rougeâtre, même dans les périodes intermenstruelles. En même temps les règles devenaient plus profuses et duraient douze ou quinze jours. L'écoulement avait toujours été inodore, et ce ne fut qu'un mois avant son arrivée ici qu'il devint fétide.

Elle consulta son médecin pour la première fois en janvier, parce qu'elle avait des hémorrhagies qui l'affaiblissaient;

c'est alors qu'elle s'alita pendant quelque temps et qu'elle éprouva de temps en temps des douleurs dans la jambe gauche qui, lors des accès intenses, s'irradiaient en travers de l'abdomen et dans la jambe droite; le dos resta toujours indolent. Ces douleurs, que la malade croyait de nature rhumatismale, ne durèrent pas longtemps et laissèrent une si faible impression qu'elle ne m'en aurait pas parlé, si je n'en avais pas recherché avec soin l'existence.

On arrêta temporairement les métrorrhagies à l'aide de l'ergot, de l'acide gallique et de l'opium ; de plus on fit garder le lit à la malade, on fit des injections iodées intra-utérines, on appliqua des tampons imbibés de tannin et de glycérine et l'on administra des toniques ; mais bien qu'on ait obtenu une certaine amélioration, la malade ne paraissait pas revenir à la santé. L'utérus était gros, antéversé, mobile et l'on put retirer une petite végétation polypoïde par l'orifice du col dilaté; après cela la leucorrhée parut augmenter et prendre une odeur fétide. Cependant c'était une simple coïncidence. Le pouls variait de 100 à 103 et la température de 37°5 à 38°5. Lorsqu'elle me consulta à la fin de mars, il était impossible de faire un diagnostic exact, l'absence d'une cachexie bien marquée ainsi que celle de douleurs caractéristiques, jointe à l'existence d'un écoulement fétide, me fit admettre qu'il y avait un polype intra-utérin en état de désintégration. Je conseillai la quinine à haute dose, et des injections d'ergotine dans le tissu utérin, en même temps que la dilatation du col, afin d'enlever une petite partie de la tumeur, dans le but d'éclairer le diagnostic.

Je constatai, à l'examen microscopique, un tissu aréolaire, avec un réseau fibreux contenant des cellules sphériques et épithéliales, et, j'acquis la conviction que la tumeur était de nature maligne.

C'est alors que cette dame consentit à venir à Saint-Louis, et, quand je la vis le 23 mai, elle semblait bien portante, ne portait aucune trace d'émaciation, pesait près de 150 livres; on distinguait cependant une légère pâleur sous la teinte bronzée de sa peau.

Le pouls était un peu accéléré et la température un peu au-dessus de la normale. La vulve et le vagin étaient intacts, ce dernier contenait un peu de liquide dont l'odeur était fétide; l'utérus était légèrement antéversé, un peu gros, mobile dans toutes les directions; mesurait 0, 085 le corps était dur, nodulaire, augmenté de volume surtout à gauche.

Toutes les autres parties étaient normales ; il n'y avait pas d'infiltration, ni d'épaississement, ni de sensibilité dans le voisinage; les ligaments larges ont été soigneusement explorés; celui du côté gauche était peut-être un peu épaissi.

Le col était normal, mou, légèrement congestionné, non nodulaire ; l'orifice et le canal cervical étaient dilatés au point d'admettre le doigt, et l'on pouvait arriver à saisir avec une pince le néoplasme polypoïde largement implanté. Pas de douleurs à la pression. En comparant les résultats de mes examens physique et microscopique avec ces symptômes, je ne pouvais arriver à une autre conclusion qu'à celle de cancer primitif du corps dans un utérus augmenté de volume, dont la cavité renfermait un polype muqueux, l'affection étant encore limitée à l'utérus seul.

Le pronostic était clair, de même que le traitement; c'est ce que j'annonçai à la malade en lui disant qu'on pourrait faire :

1° Un traitement curatif en pratiquant l'opération de Freund, qui consistait dans l'extirpation de l'organe malade, mais qui mettait sa vie en danger.

2° Un traitement palliatif sans danger consistant dans l'enlèvement des parties malades à l'aide de la curette.

Cette dame, qui était courageuse, n'hésita pas à courir les risques du traitement curatif et j'étais moi-même convaincu que si l'opération de Freund avait jamais été indiquée, c'était dans ce cas. La patiente était forte, son état général était bon, le pouls et la température presque normaux et, en tant que nos procédés d'exploration pouvaient nous permettre de le reconnaître, la maladie était bornée à l'utérus qui n'était pas adhérent, était très mobile, et les organes voisins intacts.

Mon premier examen très complet, dans lequel j'enlevai un petit morceau de néoplasme, fut suivi d'une petite hémorrhagie et d'un peu de fièvre, de sorte que je dus instituer un traitement préparatoire : repos, bains chauds, injections chaudes désinfectantes, quinine, toniques et opiacés. L'amélioration fut rapide, et le 5 juin je me préparais à enlever l'utérus cancéreux.

L'incision s'étendait de l'ombilic jusqu'à 0 m. 02 du pubis, le péritoine fut ouvert après que l'on eut arrêté quelques petits suintements de sang. L'épiploon était adhérent à la paroi abdominale antérieure ; à gauche il était solidement fixé jusqu'au-dessus de l'incision et en bas à la vessie qu'il tirait en haut ; l'utérus gros, nodulaire, dur, avait contracté en quatre ou cinq places des adhérences anciennes et résistantes avec les anse intestinales ; cependant il était parfaitement mobile, mais cela n'en constituait pas moins de sérieux obstacles pour l'opération ; les ligaments larges et les tissus voisins ne paraissaient pas anormalement épaissis.

L'opération en elle-même, une des plus difficiles et peut-être la plus dangereuse de la chirurgie abdominale, se présentait donc comme une impossibilité ; en face de ces complications je dus céder, bien qu'à contre-cœur, aux instances de mes aides et fermer la plaie ; je fis avec un gros fil d'argent des sutures distantes de 0 m. 02, et je me servis de soie fine pour les sutures superficielles ; car j'insiste toujours sur l'adaptation parfaite des surfaces. J'ajouterai que je ne connais pas de meilleur moyen d'arriver à une adaptation parfaite que d'employer un gros fil d'argent qui est maintenu serré à l'aide de plaques en métal aplaties.

On appliqua le pansement de Lister modifié dans lequel la gaze est remplacée par du coton salicylé. Sur le pansement je place une couche de coton suffisante de façon à former une surface arrondie afin que la pression soit bien égale partout.

La malade éprouva des nausées et quelques effets désagréables consécutifs à l'administration du chloforme pendant si

... je redoutai les troubles plus graves ... armé; mais tout disparut ... interrompre ... qui fut suivie de la disparition ...

... donna pas plus de trois ou quatre doses ... ni de purgatif, l'intestin commençant à ... naturellement. Tout d'abord on fut obligé d'avoir ... cathétérisme, toutes les cinq heures, mais cela ... peu.

La réunion se fit par première intention et j'enlevai ... sutures le septième jour et le reste le neuvième. Ainsi ... j'ai souvent fait remarquer dans les cas de guérison ... l'on enlève les sutures de bonne heure ... dre qui formait la ligne de réunion ... une ... éviter ... appliquer ... bandes ... du corps.

... semaines après l'opération la malade ... sans qu'elle ... aucun effet de la ... Mais ... santé se ... état excellent. Comme elle désirait vivement ... ses douleurs et la prolongation de ses jours ... soulagement que je lui avais promis ... palliative, elle insista pour qu'on la lui pratiquât.

Je fis l'opération au mois de juillet; je retirai ... une pleine tasse de tissu malade, en partie putr... gangréneux. La plus grande curette de Simpson ... dans le canal cervical dilaté et enleva ... parties les plus superficielles et les plus mol... polypoïde; mais comme le tissu devenait plus ... chaque raclage des morceaux ... Le ... moelle, qui ... Ainsi ... dique ...

ceur de la paroi utérine qui permettait de sentir l'instrument à travers le rectum et la paroi abdominale, comme s'il y avait très peu de tissu entre eux fut ce qui me décida à m'arrêter. On fit dans la cavité des irrigations chaudes et on la badigeonna avec du perchlorure de fer.

Le vagin fut bourré de tampons d'ouate, imbibés d'huile, afin le pouvoir les retirer du vagin devenu contracté et rugueux ous l'influence d'une petite quantité de fer qui s'écoulait for-ément de l'utérus.

La malade éprouvait les mêmes douleurs qu'auparavant. On vait soin d'enlever les tampons les uns après les autres, de ire des irrigations régulières ainsi que des injections chaudes isinfectantes et cependant il n'y avait pas d'amélioration. Ce t en vain que l'opération fut poussée jusqu'à ses dernières ites et que le traitement consécutif fut suivi avec une atten-n scrupuleuse, rien ne pouvait arrêter les progrès de la ma-die. On donna de la quinine, des toniques, du beef-tea, du , de l'alcool. On fit des injections et des applications topi-s d'acides et d'astringents, jusqu'à ce que la malade fut fa-ée de ces tentatives inutiles.

n commença alors les injections de morphine, dont on a fait ge jusqu'à trois par jour, de 0 gr. 05 chaque fois. La malade ouffre pas, mais elle réclame la morphine pour lui procu-le repos et la tranquillité d'esprit. Depuis quinze jours elle pris presque aucune nourriture, étant continuellement une espèce de torpeur, due à l'usage des anesthésiques. mourut enfin le 15 novembre.

i rapporté cette observation dans tous ses détails :

En raison de sa rareté ;

A cause de la différence des symptômes observés et de qui sont habituellement décrits ;

Pour montrer les difficultés d'un diagnostic exact des cas ant de l'opération de Freund;

Afin de nous mettre en garde contre un trop grand espoir l'opération soi-disant palliative par la curette.

st le premier cas bien net de cancer primitif du corps de

l'utérus que j'ai vu, de sorte que je ne puis établir une statistique de sa fréquence relative par rapport à celle du cancer du col, qui est diversement appréciée, comme étant de 1 sur 420, 1 sur 50 et même 1 sur 16.

Certains médecins le considèrent comme très rare, tandis que des cliniciens également recommandables le regardent comme très fréquent. Peut-être confondent-ils le cancer du corps *secondaire* avec l'affection *primitive*.

Waldeyer (1) dit qu'il n'a jamais vu un cancer primitif du corps de l'utérus, tandis que Barnes et Thomas ne le considèrent pas comme très rare.

Les symptômes attribués d'habitude au cancer primitif du corps de l'utérus ont été énumérés plus haut et l'on pourra voir que, dans l'observation précédente, les douleurs périodiques intenses faisaient défaut. Au début et pendant quelque temps la malade a accusé quelques légères douleurs qui disparurent bientôt. L'hydrorrhée manqua, la cachexie ne se montra que tardivement, l'écoulement n'avait pas l'odeur putride qui le caractérise d'habitude et l'hémorrhagie, bien qu'abondante tout d'abord, cessa pour toujours quand on l'eut arrêtée. La malade était moins âgée qu'à l'ordinaire.

D'après ce qu'un examen attentif pouvait nous apprendre, à savoir : que l'affection était limitée à l'utérus qui était mobile et sans adhérences, nous avions affaire à un cas qui relevait de l'opération de Freund. On a vu comment, à l'ouverture de l'abdomen, nous avons trouvé des adhérences, non diagnostiquées auparavant, et cependant suffisantes pour mettre obstacle à l'achèvement de l'opération.

L'échec complet de l'opération soi-disant palliative par le curage n'est pas moins remarquable. C'est cependant une des opérations qui réussissent généralement ; je ne l'avais pas encore vu échouer et toujours j'obtenais une diminution des douleurs, de l'hémorrhagie, de l'écoulement putride et pendant un certain temps l'état général semblait bon. J'ai eu encore un échec dans

(1) Virchow. *Archives*. vol. LV, p. 111.

un cas de cancer du col et du corps. Après avoir employé la curette d'une façon un peu hardie et enlevé une pleine tasse de tissu malade, il n'y eut aucun soulagement et pas même une amélioration momentanée. Comme on peut le croire, c'était extrêmement ennuyeux pour moi de voir cette femme énergique, résolue à courir tous les risques pour recouvrer la santé, et de ne lui procurer seulement que quelques mois de répit, après avoir tout affronté en vain.

Le cancer du fond de l'utérus se montre soit sous forme d'une infiltration diffuse, soit sous une forme circonscrite nodulaire, qui a été celle que nous avons observée dans l'observation rapportée plus haut, caractérisée par des excroissances polypoïdes de la muqueuse proéminant dans la cavité utérine et par des productions nodulaires dans le tissu musculaire, que l'on a été à même de voir et de sentir, après avoir ouvert l'abdomen. Le diagnostic n'est établi d'une façon positive que par le microscope, mais cependant les hémorrhagies et l'écoulement fétide constituent de grandes probabilités; la cachexie et les douleurs n'ont pas une valeur aussi grande.

Le traitement est palliatif ou curatif, sans parler de celui qui doit être institué contre les hémorrhagies et les écoulements : palliatif par la curette de Simpson ou de Sims; curatif par l'opération de Freund, que l'on doit tenter au début, quand la maladie est strictement limitée au corps de l'utérus et quand la malade jouit encore d'un état de santé tel que malheureusement elle ne voudra pas consentir à une opération aussi grave.

(*Saint-Louis, courrier of medicine*, décembre 1881.)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Les *Annales de Gynécologie* ont publié, au mois de mars dernier, une très intéressante observation, clinique et nécroscopique, d'enchatonnement du placenta, lue et commentée devant la Société de médecine de Nancy, par M. le professeur Herrgott.

La lecture attentive de ce travail nous a suggéré les réflexions suivantes que nous vous demandons de vouloir bien insérer, dans votre journal. M. Herrgott pense, en raison de la différence d'épaisseur des parois des deux lobes, que « l'enchatonnement est dû au défaut de contraction de la portion utérine sur laquelle l'implantation du placenta s'était faite, portion frappée d'inertie pendant que le reste de l'utérus se contractait. et qui s'est laissé passivement distendre sur son contenu et amincir dans ses parois; il s'est produit une véritable poche herniaire. Chailly, à l'exemple de Levret, attribue cette origine à ce phénomène. Mais la figure qui accompagne le texte semble contredire cette explication, car les parois du chaton ont plus d'épaisseur que celles de l'utérus; la chose capitale de la lésion avait donc échappé à l'accoucheur de Paris. »

C'est en effet la grande curiosité de l'observation publiée par M. Herrgott que cette différence d'épaisseur des parois des deux lobes. Elle ne nous semble pas facile à expliquer. En effet, M. Herrgott attribue l'enchatonnement à l'inertie d'une portion de l'utérus et à une distension passive consécutive. Nous nous permettrons de faire remarquer, avec la déférence due à l'incontestable autorité du savant professeur, que, d'après les termes mêmes de l'observation, *les deux lobes de la matrice étaient également durs et ont gardé cette consistance.* Evidemment, l'inertie a pu exister à un certain moment (c'est une hypothèse); mais une heure après l'accouchement, *les deux portions étaient*

dures et sont restées dures, tant qu'on a pu faire la palpation.

En conséquence, la distension passive ne peut être admise, d'autant mieux qu'on a constaté par la mensuration la diminution graduelle du lobe supérieur. Ainsi, non seulement ce lobe était contracté, mais il se rétractait. Voilà comment se trouve contredite cette assertion de M. Duncan (1) : « l'*hour-glass contraction* ne peut exister que si les parties situées au-dessus de la contraction sont dans un état d'inertie, que s'il y a une paralysie partielle de l'utérus. Cette paralysie doit être complète ou à peu près, si l'*hour-glass contraction* persiste ; car, si les parties supérieures de l'utérus étaient même dans un état de contraction modérée, l'*hour-glass contraction* serait bientôt vaincue ».

Dans le même chapitre, plus théorique que pratique et d'une ingéniosité un peu subtile, l'éminent professeur d'Édimbourg admet qu'une portion paralysée de l'utérus peut sembler aussi dure que si elle était contractée, lorsqu'elle renferme le placenta. Cette assertion est contredite par l'observation clinique.

Puisque le fait rapporté par M. Herrgott ne confirme pas, à notre avis, les théories généralement admises sur l'enchatonnement du placenta, quelle explication proposerons-nous de ce phénomène ?

Nous croyons qu'il faut admettre un inégal développement des parois utérines, inégalité primitive, congénitale ou consécutive à la grossesse. On sait que la matrice, sous l'influence du produit de conception, ne se dilate pas dès le début, dans sa totalité, mais par segments successifs. On peut supposer que, dans certains cas, la dilatation et le développement de ces segments ne sont pas uniformes. A l'appui de cette manière de voir, nous citerons le passage suivant, emprunté à l'*Art des accouchements*, de Dubois et Pajot (2). « Notons que les fibres de la portion de l'utérus où se trouve inséré le placenta augmentent moins de volume que les autres. »

(1) *Mécanisme de l'accouchement.* Trad. par le Dr Budin, p. 312.
(2) *Traité complet de l'Art des accouchements*, p. 419.

Voici donc l'hypothèse que nous faisons : après l'expulsion du fœtus, l'utérus s'est rétracté et contracté, mais les parois de la portion sur laquelle s'insérait le placenta, moins épaisses que celles du reste de l'organe, et de plus gênées probablement dans leur retrait par une adhérence de délivre, avaient une puissance très inférieure. La lutte s'établit entre deux forces dont l'inégalité devait s'accentuer d'heure en heure et le placenta fut définitivement emprisonné. D'où le conseil d'intervenir sans retard nettement donné par le professeur Herrgott.

Veuillez agréer, etc.

D[r] H. STAPFER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rapport de M. DUPLAY sur une observation présentée à la Société par M. le D[r] QUEIREL, de Marseille, intitulée : **Kystes dermoïdes ovariens et fibromes utérins. Gastrotomie suivie de mort.**

La malade était une femme de 42 ans, ayant eu un accouchement heureux il y a 20 ans, et toujours bien réglée depuis. Un an et demi avant l'examen, la malade s'aperçut de la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur qui augmenta rapidement et qui ne tarda pas à déterminer un certain nombre d'accidents: constipation, dysurie, envies fréquentes d'uriner, douleurs lombo-abdominales au moment des règles. Dans les derniers mois, écoulement menstruel irrégulier, plus abondant que de coutume.

Au premier examen du D[r] Queirel, le ventre paraît développé comme dans une grossesse de 7 ou 8 mois, et on délimite par la percussion une tumeur qui occupe toute la fosse iliaque droite, remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dépasse à ce niveau la ligne médiane de trois centimètres, et descend brusquement derrière le pubis. Cette tumeur est bosselée et d'inégale consistance, fluctuante à droite, extrêmement dure au milieu et à gauche. Ces deux bosse-

lures, de consistance si différente, sont séparées par une dépression qui occupe le milieu de la fosse iliaque droite.

La tumeur est mobile et sans adhérences appréciables. Par le toucher vaginal on trouve le col situé très haut, de petit volume ; les mouvements imprimés à la partie supérieure de la tumeur lui sont directement communiqués. Le cul-de-sac vaginal droit est libre, le gauche est effacé et présente une sorte de tuméfaction fluctuante. Dans le cul-de-sac postérieur le doigt reconnaît la présence de masses solides, dures, que l'on rapporte à des matières contenues dans le rectum.

Diagnostic: Fibrome sous-péritonéal du fond et du corps de l'utérus et kyste de l'ovaire droit. L'opération fut faite sur les instances de la malade le 10 mai 1881, suivant les règles de la méthode antiseptique.

Après l'ouverture de la cavité péritonéale, l'utérus envahi par un volumineux fibrome interstitiel fut amené au dehors et lié avec le serre-nœud de Cintrat au niveau de l'étranglement correspondant au col. La section de l'utérus se fit sans accidents.

Le kyste de l'ovaire droit, du volume d'une forte orange, avait un pédicule de petites dimensions qui fut lié avec un fil animal, sectionné et abandonné dans la cavité abdominale.

En faisant l'exploration du bassin, M. Queirel découvrit en arrière et à gauche du rectum une nouvelle tumeur molle, fluctuante, qu'il essaya d'amener au dehors. Mais, sous l'influence de ces tractions, la poche se déchira et il s'épancha dans l'abdomen une quantité considérable de pus fétide. Après nettoyage aussi complet que possible, le chirurgien constata qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche, occupant le cul-de-sac rétro-péritonéal, adhérent de tous côtés au pourtour de l'excavation pulvienne et présentant plusieurs loges dont l'une, enflammée et faible, s'était rompue sous l'effort des tractions. En cherchant à détacher le reste du kyste, une nouvelle poche se rompit, et donna issue à un liquide séreux, puis à une quantité considérable de matière sébacée ayant la consistance du mastic et renfermant des poils nombreux.

La poche put enfin être attirée au dehors, et on constata à sa partie interne la présence d'un fragment osseux ressemblant à la moitié d'un maxillaire inférieur avec cinq dents implantées sur son bord libre. A ce débris osseux était appendue une masse d'apparence charnue, constituée par du tissu cellulaire avec un revêtement cutané sur

lequel s'implantait une touffe de longs cheveux ressemblant à une queue de cheval. Le Dr Queirel décrit ainsi la fin de l'opération : La pointe de la poche sortie fut excisée, après ligature abandonnée, et l'opération se termina sans plus d'encombre, après une toilette minutieuse du péritoine.

L'opérée mourut dans la nuit, sans agonie et presque subitement.

Une note de M. Livon, sur l'anatomie pathologique des deux kystes et quelques considérations sur la pathogénie probable de ces tumeurs qu'on rattache à l'hétéroplastie de Lebert, rejetant l'hypothèse de la grossesse extra-utérine et de l'inclusion, terminent ce travail.

Ces kystes dermoïdes renfermant de la matière grasse, des poils et des dents, des fragments d'os, des amas de tissu conjonctif, et dont les parois sont constituées par une membrane tégumentaire, ces deux kystes se rencontrant simultanément ne sont pas un fait absolument rare, et nous avons nous-même rencontré cette coïncidence. (*Arch. gén. de méd.*, 1879, vol. I, p. 471.)

Le diagnostic, exact quant à la tumeur de l'utérus et au kyste de l'ovaire droit, eût pu être poussé plus loin, M. le Dr Queirel ayant constaté la présence d'une tumeur occupant le cul-de-sac latéral gauche du vagin, et offrant des parties d'une dureté osseuse. Un fait de ce genre a été publié par nous dans le même numéro des *Archives* auxquel nous faisions allusion toute à l'heure.

La coexistence de ces kystes dermoïdes avec des fibromes sous-péritonéaux de l'utérus soulève une question pratique très importante. En présence de ces lésions, le chirurgien doit-il pratiquer simultanément l'ablation des kystes et l'hystérectomie, ou bien doit-il se borner à la première opération?

M. Queirel a enlevé l'utérus, puis les deux kystes.

Pour ma part, je serais disposé à adopter une pratique différente, à cause de l'extrême gravité de l'hystérectomie. Le fait même de M. le Dr Queirel semble venir à l'appui de la thèse que je soutiens, car sa malade est morte rapidement sans présenter d'accidents péritonitiques ou septicémiques, par l'effet du shock ; en un mot la mort dans ce fait, et surtout la mort si rapide me paraît devoir être attribuée à l'action chirurgicale exercée sur l'utérus.

Dans des cas où je rencontrai en pratiquant l'ovariotomie des fibromes utérins, je replaçai l'utérus intact dans la cavité abdominale après l'ablation du kyste: la malade guérit. Aussi, j'estime que dans les circonstances que j'examine dans ce moment, c'est-à-dire dans

les cas de kystes ovariques compliqués de fibromes utérins, on doit se borner à l'ablation du kyste et ne pas toucher à l'utérus sauf indication tout à fait spéciale.

M. Trélat, complète la pensée de M. Duplay en disant que les tumeurs fibreuses doivent être respectées, à moins qu'elles ne soient très volumineuses ou kysto-sarcomoteuses.

M. Terrier possède des faits analogues à ceux dont il vient d'être question, et il considère dans ces cas l'opération comme très grave. Les tumeurs utérines peuvent être enlevées sans inconvénients lorsqu'elles sont petites et pédiculées. En cas de tumeur volumineuse, l'opération de Battey pourrait être tentée. L'approche de la ménopause est une contre-indication à l'ablation de ces tumeurs.

Fistules recto-vulvaires. — A propos de la communication de M. Verneuil, M. Trélat rappelle quatre faits dont il a gardé le souvenir. Il élimine de ces faits deux cas où les opérations ont été faites pour des abouchements anormaux de l'anus. Dans ces cas, où il n'y a pas d'anneau cicatriciel, on peut opérer par glissement, ce qui est impossible dans la fistule pathologique.

L'une de ses opérées, revue depuis, a parfaitement guéri. Une opération faite à Saint-Antoine, ou à Saint-Louis fut suivie d'échec. Un demi-résultat fut obtenu chez une malade de la Pitié. Dans un troisième cas, une fistule largement ouverte et laissant passer les matières fécales fut transformée par l'opération en une fistule étroite, irrégulière, ne laissant rien passer, au point qu'on crut la malade guérie pendant deux ans.

En 1879, une malade atteinte d'une fistule recto-vagino-vulvaire fut opérée et guérit.

Enfin en ce moment, il donne des soins à une malade atteinte de déchirure du périnée, comme la précédente. Cette déchirure partiellement cicatrisée a laissé une fistule de 0,007 millimètres environ de diamètre.

La minceur des tissus qui bordent ces fistules constitue une des grandes difficultés de la guérison : en effet, elles siègent au-dessus de ce que Gaillard Thomas a appelé le *corps périnéal* dans la partie même de la cloison recto-vulvaire.

Le moyen de remédier à cet inconvénient consiste dans un avivement très étendu de un centimère à un centimètre et demi et dans l'établissement des sutures périnéales profondes qui accolent les deux

surfaces avivées, à la façon de deux valves. Ce large accollement s'oppose encore au passage des gaz.

M. Desprès, dans un cas de fistule recto-vulvaire consécutive à un chancre du vagin, chez une femme enceinte, a transformé la fistule simple en fistule double, l'une à l'anus, l'autre vulvaire au moyen d'un trocart traversant le périnée. Un tube à drainage fut ensuite placé dans la trajet. Au bout de deux mois la fistule avait diminué de moitié; elle guérit alors par un point de suture. Deux autres malades ont été opérées de même.

En créant une fistule périnéale, on ouvre alors un passage pour les gaz qui cessent alors *de passer par le vagin.*

Sur l'inversion utérine, par M. Farabeuf. — Une femme âgée de 54 ans, maigre et chétive, mais courageuse et résistante, bien réglée de 14 à 46 ans, ayant eu quatre enfants de 25 à 30 ans, eut un avortement au quatrième mois d'une cinquième grossesse, à 41 ans, en 1868. Un médecin vit l'avorton mais pas le délivre, et la femme reprit son pénible métier de laveuse, frotteuse de parquets, etc. Trois ans plus tard (1871) expulsion par la vulve, « de morceaux de chair sur lesquels étaient de petites cloches », examinés et qualifiés myxomes par un micrographe exercé.

Vers 1872, métrorrhagie avec douleurs abdominales; le col laissait passer entre ses lèvres une tumeur assez ferme quoique souple, d'une consistance uniforme, débordant d'un centimètre au moins le museau de tanche. La réduction par les doigts s'obtenait imparfaitement ou ne se maintenait pas, la sonde utérine parcourait librement et dans tous les sens un sillon circulaire délimitant dans l'utérus une large base à cette tumeur.

Les médecins consultants diagnostiquèrent sans hésiter une inversion complète de l'utérus.

En 1874, le col fut trouvé refermé, non dilatable, et le fond de l'utérus en place. En 1876 ménopause remarquable par l'abondance des dernières hémorrhagies menstruelles. Depuis cette époque, simple écoulement continu, incolore, filant, empesant le linge. En 1881, pesanteur dans le siège et douleurs lombaires ressenties pour la première fois. Depuis, une tumeur paraît entre les grandes lèvres, tumeur réductible, et pouvant être maintenue réduite.

Le 16 novembre 1881, la femme H... sentit sa grosseur s'échapper brusquement de la vulve et descendre beaucoup plus bas que de

coutume. Une hémorrhagie se produisit. La réduction ne put être obtenue ni par le médecin, ni à l'hôpital.

Voici quel était l'état des parties le 4 décembre :

Il pend entre les grandes lèvres une tumeur en forme de pilon irrégulier, ou de battant de cloche, longue de 21 centimètres, divisée en deux parties très distinctes, l'une supérieure, l'autre inférieure, soudées bout à bout et séparées par un *sillon annulaire*.

La partie supérieure mesure en longueur 11 centimètres en avant, 12 en arrière, l'inférieure approximativement 10 centimètres. Celle-ci est la plus grosse, son diamètre maximum voisin de l'extrémité inférieure atteint presque 9 centimètres, tandis que celui de l'autre portion ne va pas tout à fait à 6. La portion inférieure est donc oblongue, légèrement pyriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, à petite extrémité tournée en haut et terminée par un relief circulaire qui semble recevoir l'étranglement terminal de la portion supérieure comme le rebord d'un goulot de bouteille entoure un bouchon comprimé.

Deux petites tumeurs fluctuantes font songer à des œufs de Naboth et siègent à droite et à gauche près des limites supérieures de la portion inférieure. Deux dépressions ou pentes infundibuliformes, longues de 13 millimètres, écartées de 11 centimètres, sont situées de chaque côté de l'extrémité inférieure de la tumeur. Quoiqu'un stylet ne puisse y pénétrer, les explorateurs se demandent si ce ne sont pas là les orifices des trompes de Fallope.

Le segment supérieur de la tumeur se distingue de celui qui vient d'être décrit par son moindre diamètre, sa consistance plus souple, plus dépressible, sa rougeur violacée, et la régularité de sa surface. Ce segment légèrement incurvé en avant est un peu plus gros en bas qu'en haut, et légèrement étranglé en son milieu. A un certain moment, les mensurations donnèrent : circonférence maxima, à 40 centimètres de la vulve, 20 centimètres ; circonférence au niveau de la vulve, 16 cent. 1/2, circonférence minima dans un point intermédiaire, 15 centimètres.

La vulve n'a subi aucune déformation ; le méat urinaire est à sa place.

L'index contourne facilement le pédicule de la tumeur, et pénètre à 3 centimètres et 5 centimètres en arrière. Le cul-de-sac annulaire est lisse et souple sur tous les points, sans brides ni dépressions ; le cathétérisme vésical est facile.

Bref, tous les médecins et chirurgiens consultés pensaient que la tumeur était formée par une inversion de l'utérus et du vagin. La partie inférieure était peu sensible et le thermo-cautère n'y détermina aucune douleur.

Après divers accidents fébriles et péritonéaux, la surface du segment inférieur de la tumeur se couvrit de plaques gangréneuses superficielles qui se détachèrent bientôt et laissèrent des exulcérations fibroïdes. Le cul-de-sac vulvo-vaginal suppura.

L'amputation du segment inférieur de la portion hystéroïde fut résolue et une ligature élastique appliquée (22 décembre) un peu au-dessous du sillon intermédiaire aux deux segments.

La portion étranglée se gonfla, devint brune, jetant un suintement fétide et se ramollissant peu à peu. On l'excisa le 27 décembre au-dessous de la ligature, non sans éprouver une résistance de tissu fibreux. La tumeur étant très altérée, on n'y reconnut rien; c'était un feutrage irrégulier de lamelles molles, avec résistance à la traction.

La malade mourut le 30 décembre.

Autopsie. — Le péritoine pariétal du petit bassin est faiblement injecté, il renferme un demi-verre d'un liquide jaune brun ne contenant rien en suspension. La vessie, petite, vide, cordiforme est appliquée contre la symphyse; sa base limite l'entrée de l'infundibulum dans lequel pénétrait une courte partie de l'iléon. Ses bords sont longés par les ligaments ronds qui plongent dans l'entonnoir péritonéal comme les trompes et les ovaires qu'on aperçoit en arrière et en dehors. Cet entonnoir présente à peu près 13 centimètres de profondeur, son orifice abdominal présente quelques plis radiés.

La pièce qui m'a été envoyée comprend l'entonnoir pelvien et les organes génitaux. La tumeur qui pend entre les lèvres n'est autre que le segment supérieur ménagé par les opérateurs.

Le segment amputé était malgré sa forme utérine un simple corps ou polype fibreux ainsi qu'en témoigne le morceau resté adhérent au fond de l'utérus retourné.

L'utérus a subi un allongement notable et mesure environ 12 centimètres. Le col caché dans la vulve est effacé; l'inversion du vagin est minime, à peine de quelques centimètres; en arrière, elle s'est arrêtée à peu près au niveau du sinus inférieur du péritoine. Les trompes sont très longues, 20 centimètres au lieu de 12 et les liga-

ments utéro-ovariens ont subi un allongement proportionnel. Les orifices des trompes, découvertes seulement par une injection mercurielle sont placées à la surface de la tumeur.

La femme H... a fait un corps fibreux qui s'est pédiculisé et dilaté, l'utérus est descendu dans le vagin, puis à l'extérieur, entraînant lentement ou brusquement le fond de l'utérus et l'extrémité supérieure du vagin. Je suppose que l'inversion du vagin a été arrêtée par la résistance des ligaments ronds dont l'insertion uterine était descendue à 10 centimètres au-dessous de la vulve, et les fibres utéro-lombaires qui accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens. En raison de leur laxité, de leur grande longueur, ces ligaments peuvent permettre une invagination brusque de l'utérus, mais je ne pense pas que les ligaments utéro-vagino-sacrés qui fixent aux parois du bassin la partie supérieure du vagin et le col de l'utérus permettent la chute rapide de ces parties et je suis porté à croire qu'elles ne peuvent se distendre que fort lentement.

En résumé, cette pièce démontre d'une façon définitive la possibilité de l'*inversion complète de l'utérus*. Des cas analogues ont été signalés par M. Després, M. Clintock.

M. Lefort a observé un cas qui se rapproche de celui-ci : la malade présentait une tumeur fibreuse développée dans la partie vaginale du col, et qui, se coiffant du tissu utérin, avait entraîné le vagin dont les culs-de-sac avaient disparu.

M. Tillaux a observé également un cas de ce genre : une tumeur bilobée dans les deux lobes supérieurs et inférieurs était séparée par une portion rétrécie; on ne sentait plus les culs-de-sac.

Dans les tumeurs de ce genre, l'exploration de la sensibilité fournit un utile renseignement. La suture doit porter sur la partie insensible. (*Séance du 20 mars 1882.*) R. Chenet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRANSACTIONS OF THE AMERICAN GYNECOLOGICAL SOCIETY.

(Vol. V, 1880.)

(SUITE ET FIN) (1).

Hémorrhagie puerpérale secondaire, par le Dr Théophilus PARVIN. — L'auteur appelle hémorrhagie secondaire celle qui survient dans le mois qui suit l'accouchement. Il en exclut tous les cas de rupture ou d'inversion de l'utérus et tous ceux qui ne reconnaissent pas une origine interne.

Causes. 1° Altérations du sang; albuminurie ; purpura ; malaria ;

2° Influences morales ;

3° Influences directes : les unes empêchant la rétraction de l'utérus; les autres déterminant une congestion utérine. Parmi les premières, on trouve l'inertie utérine secondaire, les fibromes utérins et les adhérences péritonéales. Parmi les secondes, on rencontre la métrite, la périmétrite ; l'action de se lever et de vaquer à ses occupations trop tôt, le coït prématuré, les polypes de l'utérus, la rétention de caillots, de membranes ou de débris de placenta; les déviations de l'utérus surtout, les flexions et versions antérieures et postérieures ; la constipation, la distension de la vessie, la toux, les anévrysmes des artères utérines et la thrombose du col.

Traitement. 1° Compressions utérines ;

2° Compressions de l'aorte abdominale ;

3° Injections utérines : eau chaude ; solutions de sels de fer ou additionnées de chlorure de sodium afin de les rendre moins irritantes ;

4° Application du froid sur l'abdomen ou dans le vagin ;

5° Administration de l'ergot ;

6° Emploi de la quinine ;

(1) Voyez *Annales de Gynécologie*, n° de mai 1882.

7° Emploi de l'opium ;

8° Bains chauds pris deux jours ou davantage après l'accouchement.

Le Dr Campbell s'oppose à l'emploi du perchlorure de fer, mais préconise celui de l'iode (une partie de teinture pour quatre parties d'eau).

Le Dr Wilson n'a jamais osé faire une injection de perchlorure de fer; il n'a jamais employé l'iode, mais il se sert de la main comme d'une curette pour racler la surface placentaire.

Le Dr Barker s'est souvent servi du persulfate de fer et n'a jamais eu de résultat fatal ; il préfère l'iode et la douche chaude.

Le Dr Charles Kepard fait placer la patiente sur un plan incliné à 45°, la tête en bas.

Le Dr Engelmann applique le spéculum et nettoie la cavité utérine à l'aide de bourdonnets d'ouate imbibés de perchlorure de fer, qui lui servent en même temps à retirer les caillots.

Trois cas mortels de rupture de l'utérus ; laparotomie, par le Dr Howard — N° 1. Bassin normal : c'était le huitième accouchement; la rupture se fit au bout de trois heures de travail ; opération huit heures après la rupture ; mort au bout de sept jours par péritonite purulente.

N° 2. Bassin petit : quatrième grossesse; opération une heure après la rupture; mort comme dans le cas précédent.

N° 3. Neuvième grossesse : opération dix-sept heures après la rupture; mort de Schock en dix-huit heures. — Aucun des enfants ne survécut.

L'auteur doit être félicité d'avoir rapporté ces cas d'insuccès. Il semble avoir été particulièrement malheureux, car dans la même région on a pu sur 41 cas sauver la vie à 21 femmes. Il regrette de n'avoir pas suturé la plaie utérine dans le n° 1. D'après lui, le fil de soie est préférable aux fils métalliques, qui, une fois recourbés, ont toujours de la tendance à se redresser. Cela ne s'applique pas aux sutures intra-abdominales, car le fil métallique se recouvre d'un dépôt de lymphe et s'enkyste, ainsi que cela est démontré. Quand on emploie la soie, elle doit être pure et ne pas contenir de coton ; car la soie pure est absorbée, tandis que le coton est indestructible. On a employé les sutures dans les plaies utérines dans 22 opérations césariennes, aux États Unis; il y eut huit guérisons. Tout récemment on s'est servi avec succès de la soie pure phéniquée et des procédés antiseptiques.

Le Dr Howard recommande de faire l'extirpation de l'utérus dans certains cas de rupture, et de traiter le pédicule à la façon de Schrœder, et de l'abandonner dans la cavité abdominale. Depuis que l'auteur a fait cette communication, on a lié et abandonné le pédicule plusieurs fois, mais sans succès. A l'hôpital Santa-Catarina de Milan, on a fait cinq opérations de Porro, en sauvant les mères et les enfants, mais on avait soin de réunir le pédicule à la plaie interne.

Occlusion de l'utérus gravide, par le Dr Joseph Eve. — L'auteur appelle l'attention sur cette forme rare de dystocie. Il rapporte une observation où il vint en aide à la malade en incisant le col pendant le travail. Il naquit un enfant vivant.

L'atrésie résultait de l'application de nitrate d'argent et de nitrate de mercure.

De la position pendant le travail, par le Dr James Engelmann. — Nous ne pouvons analyser ici d'une façon convenable ce long et intéressant article ; du reste, nous espérons en publier prochainement la traduction et en faire ainsi profiter nos lecteurs. Depuis la publication de ce travail, l'auteur a fait paraître deux autres mémoires sur le même sujet et la série n'est pas encore complète ; le tout forme un volume des plus curieux et des plus intéressants, dont les gravures présentent une originalité qui n'en constitue pas un de ses moindres attraits. Les figures contenues dans le volume que nous analysons sont au nombre de 46, dont 9 européennes, 16 asiatiques, 14 africaines, 7 américaines et australiennes. Ce qui les rend particulièrement intéressantes, c'est qu'elles nous représentent les femmes de ces différents pays dans la position qu'on leur fait prendre au moment du travail, et certainement les plus curieuses sont celles adoptées par les tribus indiennes.

De la douche rectale chaude, par le Dr James Chadwick. — Après avoir observé les bons effets de la douche rectale dans le traitement des affections vésicales, surtout de la cystite, l'auteur eut l'idée d'en étendre l'emploi à d'autres maladies. La première série de cas qu'il présente dans son travail se rapportent à des malades atteintes de diarrhée « aiguë ou chronique, caractérisée par des évacuations fréquentes et peu abondantes », reconnaissant pour cause l'inflammation ou l'irritation de la muqueuse du rectum et du gros intestin.

uatre cas de diarrhée rapportés dans le premier groupe semt avoir été guéris par la douche. L'auteur pense qu'il vaut mieux ner la douche chaude par le rectum plutôt que par le vagin dans inflammations pelviennes, car le liquide se trouverait en contact ius direct avec les parties affectées. L'injection d'eau chaude par le rectum permet au médecin d'employer la chaleur d'une manière efficace, car l'eau reste dans le rectum et agit par contact sur le péritoine. Il s'en est bien trouvé surtout dans la défécation douloureuse, les douleurs abdominales et rectales et les épanchements pelviens.

L'auteur emploie l'eau à 43°, et en introduit la plus grande quantité possible, que la malade doit conserver aussi longtemps qu'elle le peut. On fait placer la malade sur le côté et on fait pénétrer l'eau lentement et, lorsqu'il y a des envies de déféquer, on suspend le jet pendant quelques minutes, sans retirer la canule, puis on continue de nouveau. On peut ainsi remplir tout le gros intestin. Cette douche est faite deux ou trois fois par jour pendant une ou deux semaines.

Valeur prophylactique et thérapeutique de la quinine en gynécologie et en obstétrique, par le Dr Henry Campbell. — L'auteur ayant exercé pendant longtemps la médecine dans des pays marécageux a eu souvent l'occasion d'observer les effets de la quinine sur les femmes enceintes, soit en travail, soit menacées d'avortement ou ne présentant aucun trouble de l'utérus ; chez des femmes affectées de malaria à forme paroxystique ou non ; ou bien chez d'autres qui ne se trouvaient pas sous l'influence du poison paludéen. Ses confrères du Sud se basant sur l'emploi du calomel à haute dose ont administré la quinine à doses élevées, et ont ainsi singulièrement modifié la manière d'agir dans le traitement des fièvres, des inflammations, des maladies zymotiques et des affections septiques. Les opinions de l'auteur à ce sujet peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1. L'emploi constant de la quinine dans les districts paludéens du Sud est en contradiction avec les propriétés oxytociques qu'on lui attribue.

2. Les névroses paroxystiques pouvant interrompre le cours de la grossesse, on administrera la quinine pour les combattre et en prévenir le retour.

3. Les douleurs produites par les fièvres paludéennes simulent souvent celles de la grossesse et, dans les districts à fièvres, on a souvent remarqué que des avortements étaient précédés de céphalalgies, de

douleurs dans les extrémités inférieures, et de douleurs utérines intermittentes.

4. Les paroxysmes apyrétiques localisés ou généralisés peuvent souvent interrompre le cours de la grossesse. La malaria peut exister sans présenter ses trois stades classiques. On a cité des cas où des douleurs utérines périodiques, ressemblant à celles qui précèdent l'avortement, survenaient sans fièvre et étaient rapidement soulagées par la quinine.

5. Des névroses paroxystiques peuvent simuler le travail de l'accouchement avec efforts expulsifs sans que l'utérus y prenne aucune part, car l'on trouve le col fermé, mou et relâché ; ces accès revêtaient le type tierce et étaient avantageusement combattus par la quinine.

6. Des névroses paroxystiques, justiciables de la quinine, troublent souvent et interrompent les diverses phases du travail de l'accouchement. Le Dr Campbell n'a jamais donné la quinine à une femme en travail, à terme, pour provoquer ou diminuer les contractions utérines; il s'est seulement borné à l'administrer dans les cas où il y avait des antécédents paludéens ou des accès présents.

7. On a attribué à la quinine une influence prophylactique contre l'éclampsie puerpérale et on la donne avec avantage dans l'hystérie, le tétanos et dans les convulsions de l'enfance.

8 Après l'accouchement, la quinine agit en empêchant ou en modérant l'inflammation due au traumatisme. Les inflammations de la mamelle présentent des symptômes qui revêtent souvent un type intermittent ou rémittent.

9. La quinine agit en déprimant l'excitabilité réflexe de la moelle.

10. La malaria augmentant l'excitabilité réflexe et produisant une excitabilité morbide, la quinine trouve ici une indication toute naturelle.

11. Le Dr Campbell administre la quinine invariablement après l'accouchement à terme ou non, et après l'avortement en commençant le matin du second jour et en élevant la dose jusqu'à ce qu'il y ait des symptômes de cinchonisme. Lorsque la saturation se manifeste par une excitation nerveuse, il donne le bromure de potassium pour la combattre. Dans quelques cas, la quinine cause des troubles cardiaques avec abattement; dans d'autres, elle produit des attaques ressemblant à l'urticaire. L'auteur donne alors le bromure de potassium et l'opium ou bien remplace la quinine par la salicine.

12. On se trouvera bien d'administrer la quinine dans les inflam-

mations de la mamelle, la sensibilité utérine, la cellulite, l'involution tardive.

Laparotomie et laparo-hystérotomie ; leurs indications statistiques, par le Dr Palmer. — Les succès obtenus par des ovariotomistes éminents ont reculé le champ des opérations que l'on pratiquait autrefois sur l'abdomen, principalement chez la femme. On ne connaît guère aujourd'hui les résultats qu'on obtient par l'enlèvement des tumeurs fibreuses ni même par l'extirpation de l'utérus pratiquée en même temps que celle des fibromes. L'auteur apporte un tableau statistique où, dans une première série sur 38 opérations, il a eu 22 guérisons, et, dans une seconde, 62 guérisons sur 127 opérations. Quant aux effets produits par l'oophorectomie sur le développement des fibromes, l'auteur croit que la ménopause, en s'établissant, détermine l'affaissement de l'organe. Il a obtenu ainsi 15 guérisons sur 20 opérations.

Lorsqu'on pratique l'oophorectomie dans le but de remédier à une tumeur fibreuse, en raison des chances de mort et d'insuccès qui peuvent survenir, il faut être très réservé vis-à-vis des malades et ne leur laisser entrevoir qu'un faible espoir de succès.

Paul Rodet.

Formulaire magistral pour les maladies des enfants, par le Dr S. E. Maurin. Paris, 1881.

Ce petit livre, éminemment pratique et commode vient combler une lacune dans la littérature médicale.

Le plan d'après lequel il est conçu et qui diffère de celui adopté jusqu'à présent dans les ouvrages de ce genre permet au praticien d'avoir de suite le renseignement qu'il cherche.

L'auteur a divisé son formulaire en quatre parties. Dans la première il expose les principes de thérapeutique générale appliqués aux enfants, en commençant par quelques règles d'hygiène telles que : la localité, la chambre du malade, le lit, la toilette du malade, l'alimentation. Tous ces petits détails, qui seraient considérés comme des hors-d'œuvre par ceux qui ont une longue pratique des maladies des enfants, seront au contraire hautement appréciés par tous ceux dont l'expérience est moins consommée. Il faut être prudent dans l'administration des médicaments chez les enfants et avant d'instituer une médication le médecin doit : « 1° déterminer la forme

affectée de la maladie, ce qui lui permet de la classer nominalement; 2° rechercher les causes antihygiéniques morbigènes et y soustraire le malade d'après les principes de la thérapeutique hygiénique; 3° examiner le fond morbide, c'est-à-dire la dominante constitutionnelle de la maladie et combattre cet élément par des agents thérapeutiques. »

La seconde partie est consacrée à la nomenclature des principaux agents thérapeutiques usuels où sont indiquées les propriétés thérapeutiques de chaque substance, le mode d'administration, les incompatibilités et enfin, la posologie, qui, au lieu d'être rédigée selon la fameuse table de Gaubin, est exprimée par quatre nombres qui se rapportent :

1° De la puberté à l'adolescence;

2° De la deuxième dentition à la puberté;

3° De la première à la deuxième dentition;

4° De la naissance à la première dentition.

Chacun de ces nombres représente la dose maximum qui doit être administrée à chacune de ces périodes de la vie. L'auteur se défend avec raison d'avoir employé les tables de Gaubin et autres qui ne sont que des procédés mnémotechniques, « qui ne répondent pas aux besoins de la pratique, qui ne tiennent aucun compte de la valeur physiologique du remède, des effets désastreux que certaines substances exercent sur les enfants en bas âge, soit par leur excessive violence, soit par leur incompatibilité avec le lait et les produits de la digestion du lait ».

Dans la troisième partie, l'auteur nous donne un résumé de petite chirurgie infantile, qui présente le grand mérite d'être complet, d'indiquer le manuel opératoire suivant les âges, ainsi que les instruments et appareils que le médecin a à sa disposition parmi lesquels on en compte un certain nombre introduits récemment dans l'arsenal de la chirurgie.

La quatrième partie contient le répertoire thérapeutique, par maladie. C'est certainement la plus intéressante pour le praticien qui y trouvera les renseignements les plus précieux. Chaque maladie forme un article, et dans chaque article sont exposées les complications qui peuvent survenir en même temps que le traitement applicable à chacune de ces complications.

Enfin comme appendice l'auteur donne une liste des spécialités applicables aux maladies de l'enfance.

Nous ne craignons pas de dire que ce petit livre est certainement le mieux fait de tous les formulaires, et il serait à souhaiter que l'auteur en fît un semblable applicable aux maladies des adultes.

Paul RODET.

De l'emploi du catgut carbolisé pour suturer les déchirures du col de l'utérus, par A. REEVES JACKSON. — Pendant les six dernières années, Reeves Jackson a employé, pour faire les sutures dans l'opération qui a pour but la réparation des déchirures du col de l'utérus, du fil d'argent, de la soie, de l'intestin de ver à soie, et du catgut carbolisé (1). De ces expériences il résulte que c'est le catgut carbolisé qu'il faut employer de préférence.

Dans ses premières opérations, il se servit exclusivement de fil d'argent; les résultats furent satisfaisants autant par le maintien de la coaptation des parties que parce qu'il limitait l'inflammation. Mais il y avait cet ennui qu'il fallait une seconde opération pour enlever les fils. Cela exigeait des assistants, était douloureux et pouvait être dangereux.

Il essaya ensuite la soie, et la trouva plus maniable que le fil métallique, ce qui lui permettait de terminer plus vite son opération. Si ce n'est qu'elle détermine de légères ulcérations au niveau des sutures, elle donne d'aussi bons résultats que le fil métallique et elle est moins douloureuse à enlever.

Il chercha alors une substance qui le dispensât de se servir une seconde fois de la pince et des ciseaux; il songea à l'intestin de vers à soie, substance animale, qui devait se dissoudre et disparaître spontanément. Il fut trompé dans son attente, car ayant laissé cet intestin en place pendant quatre semaines, il fut forcé de le retirer comme si c'était un fil métallique. Il ne produisait pas autant d'inflammation que ce dernier, mais il n'avait pas plus d'avantage matériel que les substances précédentes. Finalement, il essaya le catgut, mais avec cette pensée qu'il ne maintiendrait pas les surfaces en contact suffisamment longtemps pour que leur union pût se faire. Aussi plaça-t-il alternativement une suture métallique et une suture au catgut. Au dixième jour après l'opération, l'union était parfaite et il ne retrouva plus trace de catgut. Quelques jours après, il fit les

(1) Autrement dit phéniqué.

sutures antérieures avec du fil métallique, et les postérieures avec le catgut; huit jours après, les deux côtés étaient réunis, mais il y avait beaucoup moins de rougeur au niveau des sutures de catgut. Depuis il a employé le catgut exclusivement; la réunion a été complète et le catgut a disparu spontanément, sans qu'on ait eu à s'en occuper.

Mais si l'on veut obtenir de bons résultats, il faut apporter de grands soins à la régularisation des lambeaux. Il faut que cela soit fait dans une direction et sur une étendue telle que l'affrontement soit facile sans quoi il en résulterait un gonflement qui amènerait une section du tissu par les sutures, et un insuccès pourrait s'en suivre. En plongeant le catgut dans l'eau chaude quelques minutes avant de s'en servir, on peut le rendre aussi flexible que la soie et aussi facile à employer. Il est bon de faire un triple nœud.

Bien que l'usage du catgut soit préférable et supérieur à celui de la soie et du fil métallique dans les cas ordinaires de déchirure du col utérin, il est spécialement indiqué dans les cas où il est en même temps nécessaire de réparer une déchirure du périnée, car alors on peut faire les deux opérations en même temps, et on n'expose pas de la sorte les nouvelles adhérences du périnée au danger d'être rompues lorsqu'on ira enlever les sutures du col.

On peut faire usage soit du fil métallique, soit de la soie, et alors on serait forcé d'attendre plusieurs semaines pour que les tissus du périnée soient en état de supporter les manœuvres nécessaires pour l'enlèvement des sutures; mais il est absolument impossible qu'on attende si longtemps, surtout pour la malade. (*The Medical Record*, New-York, december 17, 1881.)

Ad. Olivier.

VARIÉTÉS

Concours d'accouchement des hôpitaux. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Budin, Porak, Pinard et Ribemont.

Le gérant : A. Leblond

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Success^r, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XVII

Janvier à Juin 1882.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XVII.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.
A. DAVY, successeur.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XVIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les **Annales de Gynécologie** paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'Europe...................	22 —
Pour les États-Unis d Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Leblond, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr Pinard, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XVIII

Contenant des travaux de MM.

ELLARD, BELLUZZI, BRAUN, ENGELMANN, FISSIAUX, GALLARD, HUE
LUTAUD, OLIVIER, PETIT (L.-H.), POLAILLON, QUEIREL,
RICHARDIÈRE, SINÉTY (DE), SMITH, STAPPER, TERRILLON.

1882

(2e SEMESTRE)

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1882

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine.
BOZEMAN, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
BROUARDEL, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Charité.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
GALLARD, médecin de l'Hôtel Dieu de Paris.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de l'hôpital Beaujon.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.

HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternite.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biol.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRELAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS

Par le Dr Polaillon,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de la Pitié, Membre de l'Académie de médecine.

Au point de vue de la clinique, nous comprenons sous le nom général de *cancer de l'utérus* le squirrhe, les formations fibro-plastiques et les diverses variétés du cancroïde, affections qui produisent des tumeurs ou des ulcères, qui s'accroissent indéfiniment en se propageant aux tissus ambiants, qui déterminent la dégénérescence des ganglions lymphatiques, voisins ou éloignés, qui récidivent après une ablation incomplète ou

même complète, et qui amènent l'infection de l'économie en se généralisant à distance.

Il n'y a que des avantages, quand on aborde le traitement du cancer de l'utérus, à supprimer le diagnostic de l'espèce du cancer, pour n'envisager que la nature maligne de la maladie. En procédant ainsi, on laisse de côté toutes les illusions qui tendent à faire croire que l'épithéliome a un pronostic moins grave que le carcinome ; on n'a plus devant soi qu'une idée, l'idée de la malignité, et qu'un but, celui d'enlever radicalement la partie malade.

Mais quand il s'agit d'enlever en totalité ou en partie un organe comme l'utérus, qui est profondément caché dans le bassin, qui est en rapport avec la vessie, les uretères et le rectum, qui est recouvert par la séreuse de la cavité abdominale dans une très grande étendue de sa surface, il faut savoir dans quelles conditions l'opération est faisable et profitable. Pour résoudre ce problème, nous distinguons deux cas : 1° Le cancer a envahi le corps et le col de l'utérus, ou seulement le corps ; 2° le cancer est localisé au col. Enfin, l'opération radicale étant contre-indiquée, nous examinerons quels sont les moyens palliatifs dont nous pouvons disposer.

I. — *Cancer du corps.*

On pratique l'ablation totale de l'utérus de deux manières différentes : par la *voie vaginale* et par la *voie abdominale*.

La première méthode consiste à détacher les insertions du vagin et à extraire l'utérus par les voies naturelles. Elle comprend plusieurs procédés :

Sauter (1), Elias von Siebold (2), Récamier (3), incisent le

(1) *Die ganzliche Extirpation der carcinomatosen Gebarmutter*, Constance, 1822.

(2) *De scirrho et carcinomate uteri abjectis tribus totius uteri extirpationi observationibus*, Berolini, 1826.

(3) *Traitement du cancer*, p. 366, Paris, 1829.

vagin au niveau de sa jonction avec le col, soit dans tout son pourtour, soit dans une partie seulement de celui-ci, introduisent la main dans le péritoine, saisissent l'utérus, le font basculer en l'entraînant hors de la matrice, puis coupent le pédicule et font les ligatures nécessaires.

Langenbeck (1) père, se préoccupant surtout de faciliter la sortie de l'utérus, dont le volume est quelquefois considérable, incise toute la hauteur du périnée, de la fourchette à l'anus.

Toutes les fois qu'ils le pouvaient, Récamier (2) et Dupuytren abaissaient le col de l'utérus avec des pinces de Museux, coupaient circulairement le vagin au niveau des culs-de-sac, décollaient les ligaments larges de leurs attaches aux bords latéraux de l'utérus, seulement dans leur tiers inférieur, plaçaient une ligature de chaque côté sur ces ligaments larges, de manière à enlever l'utérus presque sans perdre de sang.

M. Coudereau (3) a imaginé un procédé d'ablation basé sur l'abaissement préalable de l'utérus, mais il ne l'a appliqué que sur le cadavre.

Martin (4), de Berlin, ayant reconnu qu'une des plus grandes difficultés de l'ablation de l'utérus par la voie vaginale est de saisir cet organe et de le faire sortir du petit bassin, a inventé un instrument particulier pour faciliter son évolution dans l'espace de Douglas.

La *deuxième méthode* d'ablation de l'utérus ou *méthode sus-pubienne* emploie la voie abdominale. C'est une laparotomie avec extirpation de l'utérus après la ligature préalable des vaisseaux ou d'un pédicule formé par la portion sus-vaginale du col. D'après Churchill (5), cette opération fut proposée par Gutberlet en 1814. Pratiquée par Langenbeck père, en 1825, mo-

---

(1) *Dissertatio de uteri totius extirpatione*, Gottingæ, 1842.

(2) Loc. cit., p. 859.

(3) *Tribune médicale*, p. 547, 1874-1875.

(4) *Zur Teknik der vaginalen uterus Extirpation* (*Centralblatt f. Gynæk.*, n° 8, 1881).

(5) *Maladies des femmes*, trad. franç., 2e édition, p. 472.

difiée par Delpech, en 1830, puis abandonnée avec beaucoup de raison, elle ne fut tirée de l'oubli que dans ces dernières années. Les succès de l'ovariotomie, les succès plus rares mais réels de l'hystérectomie dans les cas de tumeurs fibreuses, furent les raisons qui déterminèrent les chirurgiens à revenir à cette opération si hardie. Alex. Freund (1) employa un procédé bien conçu : une fois la cavité péritonéale ouverte, il place sur chacun des ligaments larges trois ligatures comprenant, l'une la trompe, l'autre le ligament de l'ovaire, le troisième le ligament rond et la portion latérale correspondante du vagin. Le fil de la ligature intermédiaire ou du ligament de l'ovaire passe dans l'anse de la première et de la troisième ligature, de manière à réunir les trois ligatures en un tout solide. Les ligatures une fois faites, Freund sectionne la paroi antérieure du vagin dans le cul-de-sac utéro-vésical, la paroi postérieure dans le repli de Douglas et les ligaments larges entre les ligatures et les bords latéraux de l'utérus. Cet organe peut ainsi être enlevé sans perte de sang trop considérable. Les fils des différentes ligatures sont ensuites passés dans le vagin. En tirant sur eux, on transforme le trou béant compris entre la vessie et le rectum en une fente transversale dont les bords sont formés par le péritoine. On réunit ces bords avec des points de suture très rapprochés.

Les autres procédés ne sont que des modifications de celui que nous venons de décrire. Kocks (2), de Bonn, conseilla d'élever l'utérus dans le bassin avec une pince pour lier plus facilement les ligaments larges qu'il divise en cinq parties. Il lui paraît nécessaire d'enlever les ovaires si la femme n'a pas atteint l'époque de la ménopause. Schrœder et Olshausen avaient déjà pratiqué l'ablation simultanée des ovaires et de l'utérus, dans le même but, pour éviter les accidents de la menstruation.

---

(1) *Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus* (*Volkmann's Sammlung klinischer Vortrage*, n° 133, et *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 9 avril 1877; discussion consécutive, *in Berliner klinik Woschens*, n° 28, 15 juillet 1878).

(2) *Arch. für Gynækologie*, vol. XIV, p. 127, 1879.

Muller (1), de Berne, applique, pendant l'opération, l'utérus contre la paroi abdominale au moyen de l'hystéromètre introduit dans sa cavité.

Crédé (2) a proposé la résection préalable des pubis pour augmenter l'étendue du champ opératoire et rendre la dissection et l'hémostase plus faciles. La seule opération qu'il a faite par ce procédé a été presque immédiatement suivie de mort, ce qui n'étonnera personne.

Enfin, B. Freund (3) a dernièrement modifié l'opération de son frère de la manière suivante : 1° application dans le vagin du colpeurynter plusieurs jours avant l'opération ; 2° amputation simultanée du col et des culs-de-sac vaginaux avec l'anse galvanocaustique. Si les culs-de-sac n'ont pas été compris dans la section, compléter avec le bistouri et prolonger l'incision en arrière, jusque dans l'espace de Douglas ; 3° tamponnement du vagin à l'aide du colpeurynter, pour arrêter l'hémorrhagie résultant de l'opération préliminaire et pour élever l'utérus ; 4° laparotomie ; 5° dissection de l'espace vésico-utérin ; 6° application par le vagin, sur chacun des ligaments larges, de compresseurs qui ont pour but de remplacer la ligature en masse et qui sont abandonnés dans l'abdomen pendant trois ou quatre jours ; 7° incision des ligaments larges ; 8° occlusion de la plaie abdominale. Ce nouveau procédé a été pratiqué par l'auteur sur le cadavre seulement, et l'opération n'a duré que trente à quarante minutes. L'emploi du galvano-cautère pour faire la section des tissus est certainement une innovation heureuse, ainsi que le ballon vaginal qui doit faciliter la dissection des adhérences, en poussant l'utérus du côté de la cavité abdominale.

L'ablation de l'utérus par la méthode sus-pubienne est plus grave que son extirpation par la méthode sous-pubienne ; mais

(1) *Corr. Bl. für schweiz. Aerzte*, n° 20, p. 609 et n° 21, p. 612, 15 oct. et 1er nov. 1878.

(2) *Archiv. für Gynækologie*, B. XIV, p. 127, 1880.

(3) *Zeit. für Geburt. und Gynæk.* Band. VI, Heft 2, 1881.

cette dernière est impraticable, lorsque l'utérus est trop volumineux pour passer par le vagin.

Quoi qu'il en soit, les résultats généraux de ces opérations sont lamentables. Une statistique, due à West (1), donne 22 morts sur 25 opérations. 2 fois la mort a été immédiate ; 6 fois la mort a eu lieu le jour même de l'opération ; 6 fois le lendemain ; 3 fois le 3e jour ; 2 fois le 4e jour ; 1 fois le 10e jour. Chez les 3 malades qui ne sont pas mortes, la survie a été de 2 mois, de 4 mois, et 1 fois d'une année moins quelques jours. Or, n'est-il pas infiniment probable que si on s'était abstenu d'enlever l'utérus, la vie de ces trois femmes aurait été plus longue ou au moins aussi longue ? Dans une observation, que je cite plus loin, la durée de la vie sans opération a été de 6 ans ; et, d'après M. Pichot (2), le cancer du corps de l'utérus abandonné à lui-même met 31 mois en moyenne avant d'occasionner la mort.

On peut dire que les opérations, dont je viens de citer le relevé, appartiennent à une époque déjà ancienne, époque à laquelle les chirurgiens ne connaissaient pas toutes les précautions qui sont mises en pratique depuis quelques années. Cette objection est certainement fondée, puisque les statistiques plus modernes donnent des résultats meilleurs. Nous reproduisons ici trois statistiques qui permettent de juger ce progrès : l'une comprend des opérations exécutées surtout en Amérique et en Angleterre de 1863 à 1866 ; l'autre, dressée par Osterloh, réunit toutes les ablations de l'utérus publiées dans les journaux allemands depuis les premières opérations de Freund jusqu'en 1879 ; la troisième, encore plus récente, a été faite par M. Ed. Schwartz *Revue de chirurgie*, p. 501 ; 1882).

(1) Statistique citée dans la thèse d'agrégation de M. Pique, p. 115, 1880 ; d'après le *Traité des maladies des femmes*, de West, trad. par M. Mauriac, 1870.
(2) Thèse pour le doctorat, p. 13, Paris, 1876.

Statistique américaine (1).

Opérateurs.	Nombre des opérations.	Femmes mortes.	Femmes guéries.
Clay................	3	2	1
Hath................	1	1	
Burnham................	9	7	2
Kimball................	3	2	1
Parkman................	1	1	
Peaslee................	1	1	
Kœberlé................	1		1
Baker-Brown............	1	1	
Wells................	1	1	
Buckingham............	2	1	1
Storer................	1	1	
Total.........	24	18	6

Statistique allemande (2).

Opérateurs.	Nombre des opérations.	Femmes mortes.	Femmes guéries.	Opérations incomplètes.
Freund................	14	8	5	1
Kocks................	1		1	
Aischlager..............	1	1		
Schrœder..............	3	2	1	
Veit................	1		1	
Martin................	3	3		
Olshausen..............	1	1		
Baumgartner............	2	1	1	
Credé................	2	2		
Léopold................	1	1		
Alexander..............	1	1		
Spiegelberg............	5	3	1	1
Massari................	1	1		
Mueller................	1		1	
Pernice................	1	1		
Reuss................	1	1		
Fritsch................	1	1		
Martini................	2	1	1	
Tœplitz................	2	1	1	
Lobker................	1	1		
Osterloh................	3	2	1	
Henning................	1		1	
Bruntzell..............	6	4	1	1
Total.........	55	36	16	3

(1) *Americ. med. Times*, janvier 1866 et *Bull. de thérap.*, 1871.

(2) *Schmidt's Jahr.*, 1879; 183, p. 289.

Statistique de M. Schwartz.

Extirpation totale par le vagin.

Opérateurs.	Nombre des opérations.	Femmes mortes.	Femmes guéries.
Czerny	1	1	
Baum	4	2	2
Paulik	1		1
Mikulicz et Wolfler	7	3	4
Bompiani	1	1	
Novaro	1	1	
Azzio Caselli	1	1	
Bottini	2		2
Martin	12	6	6
Schrœder	8	1	7
Olshausen	6		6
Muller	1	1	
Kocher	1		1
Von Teuffel	5	3	2
Guarneri	1		1
Lane	1		1
Mörike	1		1
Mac Cormac	1		1
Total	55	20	35

Tandis que la statistique ancienne donne 22 morts sur 25 opérations, ou 88 pour 100, la statistique américaine ne compte plus que 18 morts sur 24 opérations, ou 75 pour 100, la statistique allemande, 36 morts sur 52 opérations, ou 69,23 pour 100 (en faisant abstraction des 3 opérations incomplètes qui, d'ailleurs, ne pourraient que grossir le nombre des revers), et la statistique de M. Schwartz 20 morts pour 55 opérations, ou 36,36 pour 100. Il y a donc une amélioration de 13 pour 100 d'une part, de 18,77 pour 100 et même de 51,64 pour 100 d'autre part, dans la mortalité consécutive à l'opération.

Mais ce résultat doit-il encourager à faire l'ablation complète des utérus cancéreux ? Je m'appuie sur les raisons suivantes

pour professer une opinion contraire : en analysant les cas malheureux, on voit que la mort arrive, soit immédiatement, soit en quelques heures ou en peu de jours, et qu'elle reconnaît pour cause, le choc, l'hémorrhagie, la péritonite spontanée ou provoquée par une perforation de l'intestin ou la section de l'un des uretères. Dans les cas dits heureux, les malades guérissent tant bien que mal de leur opération, mais si on a l'occasion de les suivre pendant quelques semaines ou quelques mois, on les voit succomber à la récidive du cancer dans l'abdomen ou à distance. Le chirurgien qui a pratiqué le plus souvent l'ablation de l'utérus cancéreux, Freund, a eu des récidives chez toutes les malades qui avaient guéri de l'opération (1). La récidive s'était constamment produite, soit au niveau de la cicatrice, soit dans le tissu cellulaire de la région paramétrique. Par conséquent, il paraît sage de renoncer à une opération dont le bénéfice est si problématique.

Avec des précautions minutieuses et des perfectionnements opératoires nouveaux, surtout en se servant de la méthode vaginale de Récamier, il n'est pas impossible qu'on atténue encore la mortalité du traumatisme chirurgical, mais on n'en restera pas moins désarmé contre la récidive. Or, la récidive tient en partie aux obscurités du diagnostic et, par suite, à l'époque tardive où, ce diagnostic étant établi, l'opération paraît indispensable.

L'impossibilité de reconnaître, avec les moyens d'exploration que nous possédons actuellement, si le cancer du corps de l'utérus est limité à cet organe ou s'il ne s'étend pas au tissu cellulaire périphérique, aux lymphatiques et aux ganglions des ligaments larges et du bassin, rend l'ablation tout à fait aléatoire. En effet, supposons que le tissu cellulaire et les ganglions du voisinage soient envahis, l'ablation sera au moins inutile, car, si la patiente en réchappe, elle succombera certainement aux progrès d'un mal incomplètement enlevé. On lui fera courir d'immenses dangers pour n'aboutir à aucun résultat favorable.

---

(1) Linkenfeld. *Centralblatt für Gynæk.*, n° 8, 1881.

Supposons, au contraire, que le cancer ne soit pas sorti de l'utérus, ce qui arrive tout à fait au début de l'affection, l'ablation totale pourra alors amener une guérison, mais on ne sera pas conduit à opérer d'une manière si hâtive faute d'une indication précise.

Non seulement le diagnostic des limites du cancer qui affecte le corps de l'utérus est entouré d'inconnues, mais encore le diagnostic de la nature du mal à la première période de son évolution, c'est-à-dire au moment où il serait indiqué d'opérer, est d'une difficulté excessive. On n'a pour se guider qu'un peu de tuméfaction, ordinairement des pertes blanches, des pertes séreuses, ou des pertes de sang, rarement des douleurs ; mais qui peut dire que cette tuméfaction, que l'on sent au niveau du corps de la matrice, est produite par un cancer commençant, plutôt que par une métrite chronique ou par une tumeur bénigne telle qu'un fibrome? Enlèvera-t-on le corps de l'utérus, ou l'utérus tout entier, sur un simple soupçon de cancer ? Non sans doute. On attendra que le diagnostic soit confirmé, principalement par les écoulements fétides spéciaux. A ce moment, l'opération est ordinairement trop tardive pour sauver la malade.

En résumé, l'incertitude du diagnostic, touchant la nature et les limites du mal, et surtout la gravité de l'opération, sont les raisons qui doivent faire rejeter, jusqu'à nouvel ordre, l'ablation complète de l'utérus et même l'ablation isolée du corps de cet organe dans le cas de cancer.

J'ai été conduit trois fois à enlever le corps de l'utérus dans le cours de l'ovariotomie, parce qu'un cancer de l'ovaire envahissait en même temps l'utérus ; les trois opérées sont mortes. Si j'avais pu reconnaître pendant la vie la complication de cancer utérin, je me serais abstenu d'opérer.

En terminant ce chapitre, je crois utile de rapporter le fait suivant, parce qu'il représente un type de cancer du corps de l'utérus abandonné à lui-même. Pendant cinq ans, la malade n'a éprouvé ni douleur ni accident. Elle était seulement gênée par le volume du corps de l'utérus. Pendant ce laps de temps,

tout chirurgien aurait cru à un fibrome utérin. Au bout de cinq ans, des douleurs et des pertes de sang apparaissent et la santé s'altère. Le diagnostic de cancer devient probable. Cependant la malade peut continuer ses occupations de journalière encore pendant dix mois. Mais la cachexie se produit et elle meurt.

OBSERVATION I. — *Énorme sarcome du corps de l'utérus, à marche lente ; généralisation ; mort* (observation recueillie par M. Richardière, interne des hôpitaux).

La nommée C... (Jeanne), âgée de 45 ans, n'a jamais eu d'autre maladie que celle pour laquelle elle entre à la Pitié, le 28 mai 1881, salle Gerdy, nº 2.

Elle a eu deux grossesses normales et deux accouchements naturels, le dernier il y a vingt-quatre ans. Ses enfants n'ont pas vécu.

Elle avait été bien réglée jusqu'à l'apparition de sa maladie, qui débuta, il y a six ans. Le premier symptôme fut un accroissement progressif du ventre. En même temps que le ventre augmentait de volume, aucune douleur ne se faisait sentir, les règles restaient normales et il n'y avait pas d'écoulement sanguin intermenstruel.

Au mois de janvier 1880, c'est-à-dire il y a un an et cinq mois, le ventre devint douloureux spontanément et à la pression. En même temps, des pertes de sang très abondantes et une diarrhée intense et rebelle affaiblirent la malade, qui se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié. En présence d'une tumeur à surface régulièrement arrondie, mais tenant au corps de l'utérus, présentant une consistance élastique, comme s'il y avait une fluctuation profonde, M. Polaillon fit deux explorations intéressantes : le cathétérisme de la cavité utérine, qui donna 15 centimètres de dimension verticale, et deux ponctions, à plusieurs jours d'intervalle, qui furent sans résultat. M. Polaillon diagnostiqua alors un *fibrome myxomateux*. Au bout de deux mois, la malade trouvant sa santé un peu raffermie demanda à sortir de l'hôpital.

Une année se passa d'une manière assez satisfaisante.

Depuis quelques jours, les douleurs abdominales étant revenues avec intensité et le ventre s'étant remis à prendre un nouvel accroissement, elle rentra dans le service de M. Polaillon (le 28 mai 1882).

L'état général est mauvais. La peau est très pâle, d'une teinte un

peu jaune-paille. Amaigrissement considérable. La maigreur de la partie supérieure du corps contraste étrangement avec le développement anormal de l'abdomen. Celui-ci est uniformément globuleux et mesure 105 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. Il est absolument mat dans sa partie inférieure et sonore au-dessus de l'ombilic. La palpation fait reconnaître à la face profonde de la paroi abdominale un grand nombre de noyaux de grosseur inégale et disséminés sur divers points. Dans la région iliaque droite on découvre un de ces noyaux, qui a le volume d'une mandarine. La pression est extrêmement douloureuse. On constate cependant une fluctuation nette et profonde.

La température prise localement, comparativement à la température axillaire, donne les résultats suivants : T. axil. 37°, 5. Temp. abdominale, 38°, 2.

Le toucher vaginal apprend que le col est sain et dur. Les culs-de-sac sont souples. Cette exploration est très douloureuse. Le cathétérisme utérin étant pratiqué, la sonde pénètre à 16 centimètres de profondeur. Il n'y a pas à ce moment d'écoulement vaginal, ni de perte de sang.

La malade se plaint vivement de ses douleurs, qu'elle compare à celles que lui ferait éprouver un animal qui lui rongerait le ventre. Inappétence complète.

M. Polaillon diagnostique un véritable cancer du corps de l'utérus en voie de généralisation.

Repos au lit. Cataplasmes sur le ventre. Injections hypodermiques de morphine.

Du 1er au 15 juin, les douleurs deviennent extrêmement vives. Le ventre augmente de plus en plus de volume. T. axil., 37° 4 ; T. abdom. 38,8.

A partir du 12 juin, écoulement par le vagin d'un liquide sanguinolent d'une odeur fétide. La miction est facile et volontaire. Les matières fécales commencent à être rendues d'une manière inconsciente.

Le 15 juin, dyspnée assez intense produite par de la congestion pulmonaire. Rien au cœur.

Pendant la nuit du 18 juin, le corps se couvre d'une éruption de petites papules rougeâtres, déterminant un prurit intense.

Mort le 20 juin.

Autopsie. La circonférence de l'abdomen est de 110 centimètres.

Le péritoine, mis à découvert, est parsemé de nodosités variant du volume d'un pois à celui d'une mandarine. Il est adhérent à la tumeur utérine par de nombreux tractus celluleux. Il existe aussi des adhérences entre le péritoine et les intestins, le foie et la rate. L'S iliaque est adhérent à l'utérus. L'épiploon est replié sur lui-même et parsemé de noyaux cancéreux. 200 grammes de liquide ascitique environ dans la cavité abdominale.

Le corps de l'utérus est énorme, globuleux. Son diamètre transversal et son diamètre vertical mesurent 25 centimètres. Toute la tumeur pèse 11 livres.

En incisant l'utérus, depuis sa base jusqu'à son orifice vaginal, on voit que le vagin et le col sont absolument sains. La cavité du col est seulement agrandie et mesure 4 centimètres. Ses parois sont hypertrophiées. La cavité du corps est déviée à gauche. Elle est étroite et allongée, et mesure plus de 12 centimètres. La paroi antérieure, qui a une épaisseur de plus d'un centimètre, porte, à sa partie moyenne, une tumeur grosse comme une orange, d'un tissu dur et absolument semblable à un fibrome. Dans la paroi postérieure, on trouve un kyste contenant plus d'un litre de liquide couleur chocolat foncé. Le tissu qui entoure ce kyste est ramolli et présente de nombreux filaments. A côté du kyste, on rencontre une énorme masse présentant tous les caractères du cancer. Il semble y avoir deux couches dans la paroi postérieure de l'utérus : une couche périphérique, très dense, ayant tous les caractères du tissu utérin à l'époque de la grossesse et une couche centrale de tissu mou ou ramolli, couche aux dépens de laquelle le kyste et la grosse masse cancéreuse se sont développés. Les deux couches peuvent se décoller assez facilement l'une de l'autre avec les doigts.

Le foie est congestionné.

La rate et les reins sont sains.

Adhérences pleurales très nombreuses surtout à gauche. Les poumons sont parsemés d'une grande quantité de noyaux cancéreux très-durs, d'aspect fibro-cartilagineux, variant du volume d'un pois à celui d'une noix. Ces productions s'énucléent facilement du tissu ambiant.

Le péricarde présente deux ou trois de ces noyaux.

Le cœur est normal.

Examen histologique. 1° La coupe de la petite tumeur dure, située dans la paroi utérine antérieure, présente, sur ses bords, des fibres

musculaires de l'utérus, au niveau de la tumeur elle-même, des faisceaux de tissu conjonctif contenant dans leurs intervalles des cellules allongées et ramifiées. Celles-ci remplissent complètement tous les interstices du tissu conjonctif sans laisser aucun espace vide. En plusieurs points on voit des vaisseaux de formation ancienne dont les gaines sont épaissies.

2° Examen de la grosse tumeur ramollie siégeant sur la paroi postérieure. Le raclage donne un liquide trouble qui contient un grand nombre de cellules, de formes variées, en dégénérescence graisseuse. Les coupes de cette partie de la tumeur présentent des particularités histologiques analogues à celles que nous venons de décrire, avec cette différence qu'en beaucoup de points les cellules fibro-plastiques sont en dégénérescence graisseuse.

4° Coupe d'un noyau du poumon. Faisceaux de tissu conjonctif séparés par des cellules allongées, fusiformes et ramifiées. Sur les bords quelques fibres élastiques provenant du poumon.

En somme, il s'agit d'un *sarcome fasciculé* dont plusieurs points sont en état de dégénérescence graisseuse avancée.

II. — *Cancer du col.*

Les raisons, qui nous ont fait proscrire l'opération pour le cancer du corps ou de la totalité de l'utérus, n'existent plus lorsqu'il s'agit d'un cancer du col. Ici l'indication est précise : toutes les fois qu'on est appelé à intervenir en temps opportun pour un cancer limité au col de l'utérus, il faut le détruire avec décision et énergie par une opération radicale.

Ce précepte est d'autant plus important que le cancer du col est plus grave que celui du corps, en ce sens que le premier tue environ deux fois plus vite que le second. La durée de ce dernier étant environ de trente et un mois, celle du cancer cervical n'est que de dix-sept mois (1).

Le cancer du col atteint les femmes à un âge moins avancé, de 30 à 45 ans, que le cancer du corps qui se développe ordinairement entre 45 et 60 ans (2). Il est donc d'autant plus inté-

(1) Pichot. Thèse pour le doctorat, Paris, 1876. p. 44.
(2) Pichot. *Loc. cit.*, p. 26.

ressant de conserver ou de prolonger la vie des malades, qu'elles ont encore une plus longue carrière à parcourir.

Parmi les affections cancéreuses de l'utérus, celles qui envahissent primitivement son segment inférieur, sont beaucoup plus fréquentes que celles qui ont pour siège son segment supérieur. Dans une statistique, dressée par M. Pichot, sur 100 cas de cancer, 6 fois seulement la maladie avait débuté directement par le corps. Nous-même, nous n'avons observé que 2 cas de cancer du corps pour 35 cas de cancer du col. Par conséquent, non seulement le praticien aura beaucoup plus souvent affaire au cancer du col, mais encore le traitement chirurgical de ce dernier lui donne beaucoup plus d'espoir de guérison.

Enfin, le diagnostic du cancer du col, d'où découle l'indication d'agir, est relativoment facile, parce qu'on peut explorer directement l'organe malade. Sans entrer dans tous les détails de ce diagnostic, qu'il me suffise de rappeler que le cancer du col se présente sous trois formes principales : la *forme tubéreuse* qui se caractérise par des inégalités dures, plus ou moins douloureuses, appartient surtout au carcinome ; la forme *ulcéreuse*, rongeante, appartient à une période plus avancée du carcinome et surtout à l'épithéliome ; la forme *végétante* indique presque toujours que l'on a affaire à un épithéliome.

La forme tubéreuse et la forme végétante sont faciles à diagnostiquer.

Il n'en est pas de même de la forme ulcéreuse, que l'on peut confondre avec les ulcérations bénignes (érosions, ulcérations, fongosités) si fréquentes au col de l'utérus.

Nombre de fois l'on a cru à un cancer cervical et, après l'ablation, l'examen microscopique a fait reconnaître des lésions bénignes. C. Ruge et Veit (1) ont enlevé 33 cols dont l'état leur paraissait suspect. Dix fois seulement l'examen microscopique montra qu'ils avaient eu affaire à de véritables cancers. La dureté des tissus qui accompagnent l'ulcération

(1) *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.* B. II, Heft 2, 1879.

cancéreuse, son aspect rongeant, le défaut de souplesse de la muqueuse sont de bons signes, mais leur valeur n'est pas incontestable. Lorsque je conserve des doutes, j'ai l'habitude d'essayer les effets de légères cautérisations avec le nitrate d'argent; dans le cas d'une ulcération simple la maladie se modifie rapidement et avantageusement; dans le cas d'une ulcération maligne l'effet est nul ou même il y a aggravation. Mais il ne faut pas s'attarder longtemps à ce traitement explorateur, puisqu'on peut toujours arriver à un diagnostic certain en enlevant une parcelle du tissu douteux pour le soumettre à l'examen microscopique.

Dès que l'affection cancéreuse a été reconnue et dès que l'on a bien constaté que le mal est limité aux lèvres du col, il est impérieusement indiqué d'enlever cet organe le *plus tôt possible*. En enlevant le col au-dessus des points affectés, on peut espérer une guérison définitive et, dans tous les cas, on n'expose pas les jours de la patiente par une opération très dangereuse.

Au point de vue du danger de l'opération le choix de la méthode et du procédé d'exérèse est très important. Passons donc en revue les principaux moyens qui ont été propsés, afin de les critiquer et de nous attacher à celui que nous croyons le meilleur.

1° *Instrument tranchant.* — L'amputation du col de l'utérus avec l'instrument tranchant fut proposée par Lapeyronie (1) en 1766, et pratiquée, en 1801, par Ossiander (2), professeur de chirurgie à Gœttingue. Dupuytren et Récamier la répandirent en France. Cependant elle était presque abandonnée, lorsque Lisfranc la remit en faveur en 1825. On a beaucoup reproché à ce chirurgien la trod grande facilité avec laquelle il se laissait aller à pratiquer l'amputation du col. Sans examiner si, à une certaine période de sa vie, Lisfranc n'a pas pousse jusqu'à l'excès l'emploi de cette opération, on ne saurait nier

(1) *Mémoire de la Société royale de Montpellier*, 1766.
(2) *Bibliothèque médicale*, t. XXVII, p. 398.

que c'est grâce à lui qu'elle est entrée définitivement dans la pratique chirurgicale.

Ossiander opéra de la manière suivante : il traversa le col sur deux points opposés de sa circonférence, avec des aiguilles courbes pourvues de fils doubles ; il l'amena à la vulve par des tractions lentes et ménagées ; puis il coupa les parties malades avec un couteau.

Dupuytren introduisait un spéculum, saisissait et attirait légèrement avec une pince de Museux le col de l'utérus, et le retranchait avec un bistouri courbé sur son plat ou avec de longs et forts ciseaux également courbés sur leur plat.

Lisfranc (1) reprocha à ce procédé l'étroitesse de l'espace dans lequel on opérait, ce qui exposait à n'enlever que partiellement le tissu cancéreux. Comme Dupuytren, il introduisait un spéculum bivalve et l'ouvrait largement pour placer solidement sur le col la pince érigne de Museux ; cela fait, il enlevait le spéculum. Il exerçait sur l'utérus des tractions fortes et graduées, de manière à amener le col à la vulve ; et, pour que cette descente artificielle fût mieux assurée, il plaçait une seconde pince de Museux perpendiculairement à la première. Il reconnaissait avec le doigt le pourtour de l'insertion utérine du vagin. Il appliquait alors contre le col un bistouri boutonné dont le tranchant était courbe, et en dirigeant ce bistouri avec le doigt, il amputait les parties.

Lorsque le cancer a jeté de profondes racines, « j'ai imaginé, dit Lisfranc, de pratiquer deux incisions semi-lunaires, qui se réunissent par leurs extrémités et dont le plus grand diamètre est l'antéro-postérieur ; je creuse ensuite, en disséquant le mal, dans l'épaisseur de l'utérus, une espèce de cône à sommet supérieur. » Ce procédé a été mis en usage par Huguier dans les allongements hypertrophiques du col. Il a été l'origine de tous les procédés d'amputation conique ou cunéiforme et de l'opération qu'on a appelée plus tard l'amputation supra-vaginale du col.

(1) *Clinique de la Pitié*, t. III, p. 643.

Sims (1) embroche la lèvre inférieure du museau de tanche avec un ténaculum et attire doucement le col en avant. Il le fend alors de chaque côté, jusqu'auprès de l'insertion du vagin, avec de longs et forts ciseaux, puis il coupe rapidement sa moitié antérieure et sa moitié postérieure. Il traverse ensuite les bords de la plaie avec quatre sutures d'argent, de chaque côté du canal cervical; en serrant les fils, on amène la muqueuse vaginale par-dessus la plaie du col qu'elle recouvre complètement, sauf vers le cèntre, où il reste une petite ouverture ovale qui correspond à l'orifice du canal cervical.

Dans l'amputation cunéiforme de Kehrer (2), on excise, à partir de la muqueuse du vagin, sur la ligne médiane, une portion du col qui a la forme d'une pyramide dont la base comprendrait la partie libre du museau de tanche. Il en résulte deux lambeaux latéraux que l'on suture sur la ligne médiane. La disposition de ces incisions peut convenir dans certains cas de cancer très limité.

Mais lorsque la dégénérescence est étendue à tout le parenchyme du col, il est indispensable de faire porter l'excision au-dessus de l'insertion du vagin, c'est-à-dire de faire l'amputation *supra-vaginale*.

Schrœder (3) procède de la manière suivante : il passe de chaque côté de l'insertion du col, à travers les culs-de-sac du vagin, de solides anses de soie, qui ont pour but de servir à abaisser l'utérus, d'étreindre les rameaux les plus inférieurs des artères utérines et de réunir ultérieurement les lèvres de la plaie. Il sectionne ensuite circulairement les culs-de-sac vaginaux, afin d'enlever les parties malades avec le col. Enfin, il ferme la plaie en serrant les fils placés préalablement et en ayant soin d'y fixer le moigon utérin par un ou plusieurs points de suture, afin d'éviter la production d'un épanchement sanguin.

---

(1) *Notes cliniques de chirurgie utérine*, trad. par Lhéritier, p. 245, 1866.

(2) *Archiv für Gynækologie*. B. X. Heft 3, 1877.

(3) Berlin. *Klin. Wochen.*, n° 27, p. 402, 8 juillet 1878, et *Zeitsch. f. Geburts. und Gynæk.* Band VI, Heft 2, 1881.

L'amputation par l'instrument tranchant a l'avantage d'être rapide et peu douloureuse, mais elle expose à des accidents graves qui sont : la fièvre traumatique, la septicémie, l'hémorrhagie primitive et les lésions produites par l'abaissement forcé de l'utérus. La septicémie peut être évitée par les pansements et les lavages antiseptiques. L'hémorrhagie primitive peut être arrêtée ordinairement par la suture des lèvres de la plaie ou la cautérisation. Mais il est bien diffficile de se prémunir contre les lésions qu'entraîne, dans certains cas, l'abaissement artificiel de l'utérus. Or, comment agir commodément sur le col, avec un instrument tranchant, sans l'amener préalablement à la vulve. Il faut donc tirer sur l'organe avec plus ou moins de force. Si l'utérus est prédisposé à l'abaissement, si ses attaches sont lâches et si les annexes sont saines, cette manœuvre sera facile et n'aura pas d'inconvénients. Si, au contraire, il y a de la périmétrite, s'il y a des adhérences péritonéales anciennes, si les connexions utérines sont solides, l'utérus ne se laissera que difficilement abaisser, et si on lui fait violence, on provoquera des douleurs vives, des déchirures graves et des inflammations consécutives très redoutables. Dupuytren et Récamier n'exerçaient que des tractions légères et opéraient le plus souvent au fond du vagin. Lisfranc, au contraire, ne reculait devant aucune résistance ; il fallait bon gré mal gré que ce temps préliminaire fût exécuté. Aussi ses opérées présentaient-elles souvent des accidents de péritonite, qui ne reconnaissaient pas d'autre cause que ces tractions elles-mêmes.

Il en résulte qu'il ne faut tenter l'abaissement de l'utérus que si cet organe est mobile et se laisse entraîner à la vulve sans efforts.

Dans le cas d'un abaissement facile, l'amputation ou l'excision par l'instrument tranchant est une bonne opération, parce qu'on coupe avec précision au delà des tissus dégénérés, et parce qu'on peut facilement combattre l'hémorrhagie d'une plaie qu'on a sous les yeux. Mais, dans le cas contraire, le bistouri ou les ciseaux agissent dans le fond du vagin d'une manière assez aveugle, et s'il survient une hémorrhagie, il faut

recourir à la cautérisation de la plaie ou aux caustiques hémostatiques, c'est-à-dire terminer par une opération par laquelle on aurait dû commencer.

2° *Ecrasement linéaire.* — Avec l'écraseur de Chassaignac, on n'est pas obligé d'abaisser l'organe, mais il est difficile de maintenir sa chaîne bien perpendiculairement à l'axe du col et de l'empêcher de glisser à mesure qu'elle sectionne les tissus. On est donc exposé à laisser des parties qu'on aurait dû enlever. Pour obvier à ce grave inconvénient, Chassaignac, Robert, Courty, plaçaient préalablement, sur le col, des pinces érignes qui servaient à maintenir la chaîne en bonne position. Malgré ces précautions, l'écraseur de Chassaignac, en raison de la rigidité de sa chaîne, fait presque toujours une section oblique. Avec la chaîne imaginée par M. Despretz, de Saint-Quentin, chaîne qui est mobile, comme un fil de fer, dans tous les sens, on peut obtenir des sections perpendiculaires et par suite beaucoup mieux appropriées au but qu'on se propose. Néanmoins, cette chaine elle-même ne donne pas une section plane du col, mais une section conique saillante du côté du vagin, parce-qu'elle refoule les tissus et les coupe à un niveau moins élevé vers la cavité cervicale que vers la surface du col.

En outre, quelle que soit la lenteur avec laquelle on manœuvre la chaîne de l'écraseur, on peut avoir, et on a eu des hémorrhagies immédiates.

3° *Cautérisation.* — La destruction du cancer par la cautérisation a toujours eu beaucoup de partisans, en raison de la simplicité de l'opération, de la certitude d'éviter l'hémorrhagie immédiate et de l'espoir très fondé d'écarter la septicémie; on a employé tantôt le fer rouge ou le thermo-cautère Paquelin, tantôt les flèches de Canquoin. Ces deux procédés ont l'inconvénient d'agir lentement, de nécessiter plusieurs applications, car on ne peut en attendre un effet curatif que si, par des cautérisations successives, on a détruit le mal au delà de ses limites. Ils conviennent surtout dans le traitement palliatif, et nous aurons l'occasion d'y revenir.

Quant à l'amputation du col utérin avec le couteau du thermo-cautère, c'est un excellent procédé dans les cas où l'abaissement préalable de l'utérus jusqu'à la vulve est possible, sans entraîner les accidents graves que nous avons signalés plus haut.

4° *Anse galvanique.* — L'anse galvanique est pour nous le meilleur procédé d'amputation du col, car elle réunit les avantages de l'instrument tranchant à ceux de la cautérisation. En effet, sans avoir besoin d'abaisser l'utérus, elle agit exactement sur le point où on l'a disposée; elle sectionne les tissus sans glisser et en produisant une coupe parfaitement plane et qui ne saigne pas. L'opération ne dure que deux à trois minutes. Elle est ordinairement peu douloureuse, et, dans tous les cas, la durée de la douleur est courte. Le danger de l'hémorrhagie primitive est sûrement écarté, et, comme pour toutes les plaies cautérisées, il n'y a pas de fièvre traumatique, et les chances d'une septicémie sont presque nulles.

Procédés complexes. — Il arrive souvent que l'on est obligé de combiner plusieurs procédés les uns avec les autres. Si, après l'amputation avec l'instrument tranchant ou avec l'écraseur linéaire, il y a une hémorrhagie en nappe, la cautérisation de la plaie avec un fer rouge ou avec des caustiques maintenus par un tamponnement du vagin, devient nécessaire.

D'autres fois, après la section avec l'anse galvanique, on aperçoit sur le moignon du col des points suspects qu'il faut détruire séance tenante. Je conseille alors de compléter l'opération en cautérisant les points incriminés avec le fer rouge, ou mieux en introduisant dans le canal cervical et dans le tissu ramolli de petites flèches de Canquoin que je soutiens avec quelques tampons de charpie. Lorsque les premières eschares sont tombées, je place de nouvelles flèches, et ainsi de suite, jusqu'à ce que les limites du tissu cancéreux me paraissent largement dépassées. Je réalise de cette manière une amputation conique du col aussi bien qu'avec l'instrument tranchant et d'une manière beaucoup plus innocente. On a reproché à

ces cautérisations profondes d'être une méthode aveugle; mais, je le demande, la dissection supra-vaginale d'un col cancéreux est-elle une méthode moins aveugle au point de vue de l'appréciation des limites du mal? Quant à la lésion du péritoine, elle est imminente dans l'un comme dans l'autre cas, si l'on s'écarte, soit avec le bistouri soit avec le caustique, de la zone où il n'est plus prudent d'agir.

Quelques statistiques, dont la plupart sont malheureusement fort incomplètes, permettent d'apprécier approximativement la valeur des différentes méthodes d'amputation du col.

Lisfranc (1), avec l'instrument tranchant, a eu des insuccès nombreux, des hémorrhagies immédiates, des phlegmons, des péritonites. M. Forget (2), notamment, a assisté à la mort rapide d'une opérée à la suite d'une hémorrhagie incoercible.

Watson (3), sur 9 excisions avec le bistouri, a eu 5 guérisons, 3 récidives et 1 cas douteux, pas de mort.

Barker (4) cite 11 amputations sur lesquelles il y aurait eu 9 guérisons.

Mosicke (5) donne la statistique des amputations du col pratiquées par Schrœder, qui se sert toujours de l'instrument tranchant. Sur 100 opérations, il n'y a eu que 3 cas de mort: 2 par tétanos, 1 par septicémie. Plusieurs fois, il y eut des hémorrhagies; une fois, l'artère utérine fut ouverte et la malade faillit périr.

La mortalité de l'amputation supra-vaginale de la totalité du col est naturellement beaucoup plus forte (6). Sur 37 opérations, dont 2 par Hoffmeier, les autres par Schrœder, il y a eu 4 morts et 15 récidives; 9 fois les malades ont été perdues de vue; 7 fois seulement l'absence de récidive a été constatée, mais la plus longue observation est de 7 mois seulement.

(1) Pauly. *Maladies de l'utérus*, Paris, 1836.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1858-59, p. 563.

(3) *Monthly Jour.*, nov. 1849.

(4) Thèse de M. Piqué pour l'agrégation, Paris, 1880, p. 111.

(5) *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.* B. III, Heft 2, 1879.

(6) *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.* B. VI, Heft 2, 1881.

Sur 60 amputations du col, Spiegelberg (1) obtint les résultats suivants :

18 opérations par l'instrument tranchant, sans suture ou avec suture simple, d'après le procédé de Sims, donnèrent 2 morts : l'une par ouverture de la cavité péritonéale et hémorrhagie consécutive, l'autre par hémorrhagies répétées ayant nécessité le tamponnement qui amena un phlegmon du bassin. 4 opérations par l'écraseur linéaire ne donnèrent pas de mort. 38 opérations avec l'anse galvanique donnèrent 2 morts, une par pelvipéritonite, une par choc. En tout, une mort sur 15 opérations.

Grünewaldt (2) est un partisan déclaré de l'amputation par l'anse galvanique. Il n'a vu la mort par l'hémorrhagie qu'une fois sur 30 opérations, et par la septicémie, une fois sur 80. Il conseille de recommencer l'opération dès que la récidive reparaît, parce que, dit-il, la guérison arrive rarement après la première opération, beaucoup plus souvent après la seconde. Ainsi, sur 47 cas de tumeurs malignes, deux fois seulement il n'y a eu aucune récidive après la première opération; mais 9 fois il n'y a pas eu de récidive après la deuxième opération. Pour ce chirurgien, l'opération secondaire est justifiée toutes les fois qu'après avoir, dans une première tentative, extirpé la masse de la tumeur, on peut espérer que l'opération secondaire atteindra sans danger le tissu sain. La mobilité de l'utérus est le signe principal sur lequel on se guide pour juger l'opportunité d'une seconde intervention.

Plusieurs chirurgiens ont signalé le rétrécissement de l'orifice du col comme une conséquence fréquente de l'amputation par l'anse galvanique. Mais cette sténose du col n'est qu'un léger inconvénient, que l'on cherchera à combattre plus tard, par rapport à la gravité de la maladie qui oblige à amputer le col, et par rapport aux avantages incontestables de l'anse galvanique.

---

(1) *Archiv. f. Gynækologie*, t. V, fasc. 3, Berlin, 1873.

(2) *Archiv. f. Gynækologie*. t. XI, fasc. 3, Berlin, 1877.

Je suis très convaincu de la supériorité de l'anse galvanique pour faire l'amputation du col cancéreux. Je n'ai jamais vu d'hémorrhagie primitive, ni la mort survenir à la suite des opérations assez nombreuses que j'ai pratiquées par ce moyen. Mais j'ai observé deux accidents dont il a été plusieurs fois question dans le cours de ce travail : l'un est primitif, c'est l'ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin ; l'autre est consécutif à l'opération, c'est l'hémorrhagie secondaire. Il importe de bien connaître ces accidents, afin de savoir les éviter et les combattre.

Bien que je m'étudie toujours, en plaçant le fil de platine autour du col, à apporter le plus grand soin à ne pas comprendre dans l'anse galvanique un repli du cul-de-sac postérieur du vagin, cet accident m'est arrivé dans le cas particulier que je vais rapporter. Après l'amputation je m'aperçus que le péritoine avait été ouvert. Mais comme il n'y avait point d'écoulement de sang, comme d'ailleurs ce n'était pas la première fois que cette ouverture avait eu lieu dans des opérations analogues sans que le résultat final eût été compromis, je ne désespérai pas du succès final, et en effet la malade a guéri (1).

Observation II. — *Epithélioma du col; amputation avec l'anse galvanique; ouverture du péritoine au niveau du cul-de-sac récto-vaginal; guérison* (obs. communiquée à la Société de médecine de Paris, le 22 avril 1882).

Mme X..., d'une bonne santé habituelle, a vu survenir, depuis trois ou quatre mois, des métrorrhagies extrêmement abondantes. Mandé en consultation, je constate que le col utérin est volumineux, de consistance inégale, dur en certains points, mou dans d'autres points, ce qui donne la sensation de bosselures nombreuses, grosses comme des noyaux de cerises. Ces duretés occupent seulement les lèvres ; la consistance du tissu utérin est normale au niveau de l'insertion du vagin, et le corps de l'utérus, qui est mobile, paraît sain.

(1) Dans une amputation du col utérin par Albrecht, le cul-de-sac de Douglas fut ouvert. L'air et le sang pénétrèrent dans la cavité péritonéale. Néanmoins, la guérison eut lieu. (*Berliner klinische Wochens.*, 11 avril 1881.)

Au spéculum, je constate l'aspect bosselé des lèvres. L'orifice est large, circonscrit par une muqueuse très rouge, manifestement hypertrophiée et excoriée. Cette muqueuse forme des plis et des froncements comme la muqueuse de l'intestin, qui fait procidence au niveau d'un anus contre nature. L'examen au toucher et au spéculum provoque un notable écoulement de sang et une douleur assez vive.

La malade est profondément anémiée. Elle a des pesanteurs dans le ventre et dans les reins, et quelquefois des élancements douloureux. Elle approche de la ménopause, car elle a 43 ans environ. Elle n'a jamais souffert de la matrice avant ces derniers mois.

L'aspect particulier du col ne se rapporte ni à un engorgement inflammatoire subaigu et localisé au col, ni à la présence de corps fibreux dans le col. Je m'arrête à l'idée d'un néoplasme malin commençant. Comme le corps de l'utérus et les annexes paraissent indemnes, je propose d'enlever le mal en amputant le col utérin.

L'opération fut faite, le 10 novembre 1881, avec l'anse galvanique, dans une petite ville d'un département voisin. Je n'avais qu'un seul aide, qui était le médecin de la localité, M. le Dr Sève. Le col fut saisi avec des pinces de Museux, et l'anse de platine fut méthodiquement placée très haut au niveau de l'insertion du vagin sur le col. La pile marcha assez irrégulièrement; ce qui nous obligea à faire des mouvements qui déplacèrent l'anse galvanique en haut ou à trop attirer en bas le col de l'utérus. Bref un pli de la muqueuse et des tissus, qui constituent le cul-de-sac postérieur du vagin, fut compris dans l'anse galvanique, et, après la section du col, je m'aperçus que le péritoine était ouvert.

En présence de cet accident grave, je pris toutes mes précautions pour en conjurer les conséquences. Je constatai, d'abord, que le doigt ne pénétrait pas dans la cavité péritonéale, parce que les lèvres de la solution de continuité avaient été soudées par la striction et la cautérisation lentes produites par le fil de platine rougi. Je plaçai alors dans le fond du vagin deux tampons de ouate imbibés d'eau phéniquée au 40e. Compresses phéniquées sur la vulve. Repos absolu dans le décubitus horizontal. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Obligé de revenir à Paris, la malade fut admirablement soignée, d'après mes indications, par mon honorable confrère. C'est d'après les notes très précises qu'il m'a envoyées, que je donne la suite de l'observation.

Peu après l'opération, la malade eut une demi-syncope dont elle s'est vite remise.

A 9 heures du soir les tampons sont enlevés. Injection phéniquée dans le vagin. Pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque. P. 88. T. A., 36,9. Nuit très bonne.

11 novembre. Injection phéniquée matin et soir. Cathétérisme de la vesssie. Lait comme boisson et aliment.

Matin, P.. 100. T., 38. Soir, P., 104. T., 39,2.

Le soir elle se plaint de ne pouvoir rendre des gaz, ce qui lui cause de vives coliques et de l'agitation. De 11 heures à minuit deux vomissements. Injection de 1 centigramme de morphine.

Le 12. Matin, P., 100; T., 38,8; Resp. 19. Ballonnement du ventre. Onctions avec onguent mercuriel belladoné. Vessie de glace sur le ventre. Bouillon, lait et cognac glacés.

Dans l'après-midi les gaz sont expulsés par l'anus et le météorisme cesse.

Soir. P., 100; T.. 38,4.

Le 13. Appétit; mais on ne donne que du lait et du bouillon toutes les heures. La malade éprouve un grand bien-être après chaque injection phéniquée.

Matin. P., 100. T., 38,4. Soir. P., 96. T. 38,2.

Le 14. La malade est très bien. On la sonde toujours. Matin. P., 92. T., 37,8.

Le 15. Matin. P., 88. T., 37, 8. Soir. P., 88. T., 38.

Le 16. La température tombe à 37,4 et le pouls à 80.

Le 17. La malade garde toujours le repos au lit et même l'immobilité. Néanmoins elle reprend des forces. Il y a eu un peu de suintement de sang par le vagin. Température normale. Pouls normal.

Le 19. Après l'administration d'une petite dose d'huile de ricin, deux garde-robes, sans accident. Alimentation substantielle.

Le 28. La malade se lève pour la première fois.

Les jours suivants, le rétablissement se prononce de plus en plus.

Le 14 décembre. Le toucher vaginal constate au fond du vagin un infundibulum où l'on sent l'ouverture de l'utérus. Cette exploration n'est pas douloureuse. Avec le spéculum on voit que la section du col est parfaitement cicatrisée, lisse, rosée, sans bourgeons saignants. En ouvrant le spéculum de Cusco le plus possible, on ne provoque aucun suintement de sang, preuve que la cicatrisation est bien complète et que la cicatrice est solide.

Jusqu'à ce jour (plus de sept mois après l'opération) la malade est complètement guérie.

Examen du col enlevé. — La pièce que j'ai présentée à la Société de médecine de Paris, montre qu'en avant et sur les côtés le col utérin a été sectionné au niveau de son insertion vaginale; mais qu'en arrière une portion du cul-de-sac vaginal est comprise dans la section. Une étendue de péritoine de 2 centim. 1/2 en hauteur et en largeur a été enlevée. La section du repli péritonéal forme une plaie linéaire, transversale, dont les bords s'accolent naturellement.

L'examen microscopique a confirmé l'existence d'un cancer au début, d'origine glandulaire, avec vascularisation extrême des tissus.

Toutes les parties malades avaient été enlevées.

L'ouverture du cul-de-sac recto-vaginal pendant l'amputation du col est surtout dangereuse, quand cet accident se complique d'une hémorrhagie primitive, qui nécessite des injections hémostatiques, des cautérisations ou le tamponnement du vagin. Dans ces conditions une péritonite se déclare et l'opérée succombe. C'est ce qui arriva dans le cas de Spiegelberg et dans un autre cas cité par M. Lassallars. « Après l'amputation d'un col cancéreux avec l'écraseur linéaire, on reconnut qu'une petite portion du péritoine avait été enlevée. Une hémorrhagie survint pendant la journée. Tamponnement au perchlorure de fer. Péritonite généralisée. Mort pendant la nuit. A l'autopsie on constata que plusieurs tampons avaient pénétré dans la cavité péritonéale par la plaie (1). » Les méthodes sanglantes d'amputation rendent donc l'ouverture du péritoine beaucoup plus redoutable, surtout si on ne peut pas faire la suture immédiate de la plaie. Avec l'anse galvanique, qui prévient l'écoulement sanguin, les conséquences de cet accident seront beaucoup moindres.

Un autre accident assez fréquent, quelle que soit la méthode employée, est l'*hémorrhagie secondaire.* Je dois avouer que, sous ce rapport, l'anse galvanique n'est peut-être pas supérieure aux autres instruments. Grünewaldt en a vu un

(1) Lassallars, Thèse pour le doctorat, p. 54, Paris, 1869.

exemple où la perte du sang fut mortelle. Dans les deux cas que j'ai observés, l'hémorrhagie fut alarmante, mais les malades se rétablirent. Ces deux faits méritent d'être publiés, parce qu'ils apportent un enseignement, celui de faire garder le plus grand repos aux opérées au moment où la suppuration s'établit au niveau de la section, même lorsqu'elle est faite par le fil de platine rougi. A ce moment, en effet, les caillots qui ont oblitéré jusqu'alors les artères du col peuvent se ramollir et se détacher sous l'influence de mouvements, trop étendus; d'où la production de l'hémorrhagie. Cette hémorragie peut aussi avoir pour cause la fièvre septicémique, que l'on préviendra presque sûrement avec des injections phéniquées faites deux ou trois fois par jour. Chez une de mes malades l'hémorrhagie paraît s'être produite sous l'influence du retour d'une fièvre intermittente disparue depuis plusieurs années.

OBSERVATION III. — *Epithélioma commençant du col utérin; amputation avec l'anse du galvanocautère; hémorrhagie secondaire grave; guérison* (observation communiquée à la Société de médecine de Paris, le 22 avril 1882, d'après les détails recueillis par M. Richardière, interne).

La nommée Chap..., âgée de 29 ans, couturière, entre le 7 juin 1881 dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, n° 4.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures. Bonne santé habituelle.

La malade, réglée à 15 ans, a eu 5 enfants; le dernier, il y a cinq ans. Ses couches ont été naturelles et sans suites fâcheuses.

Depuis sept mois environ, elle se plaint de douleurs abdominales assez vives, de pesanteur dans l'aine et dans les lombes. Depuis deux mois elle n'est plus réglée et perd à peu près continuellement du sang et des mucosités, qui n'ont pas d'odeur particulière. Elle est faible et a beaucoup maigri.

Le toucher vaginal accuse la présence, sur les lèvres du col utérin, de petites saillies de consistance élastique et saignant facilement. L'examen au spéculum complète cette exploration, en faisant voir sur le museau de tanche des fongosités bourgeonnantes, grosses comme des graines de chanvre, nettement limitées, d'une couleur rouge vif, et ressemblant à un chou-fleur cancroïdal en voie d'évolu-

tion. Le mal a à peu près l'étendue du noyau d'une amande sur chacune des lèvres, au pourtour de l'orifice utérin. Le col est plus volumineux qu'à l'état normal, d'une coloration violacée, et douloureux à la pression.

Des cautérisations superficielles au nitrate d'argent ne modifient en rien l'aspect des fongosités saignantes, malgré le repos au lit, des injections et un traitement tonique.

M. Polaillon porte le diagnostic d'*épithélioma limité du col* et propose l'amputation de cet organe. Cette opération est acceptée et pratiquée le 28 juin.

La malade est engourdie avec une potion contenant 2 *grammes de chloral*. L'anse est placée au niveau de l'insertion de la muqueuse du vagin sur le col. Le corps est alors sectionné lentement, sans que la malade ressente une trop vive douleur.

Après la section, nous constatons que toute la portion sous-vaginale du col est enlevée, ainsi qu'un segment, en forme de croissant, de la muqueuse vaginale, qui tapisse le cul-de-sac postérieur.

Les suites de l'opération furent très simples jusqu'au *dixième jour*. La malade gardait le repos au lit; elle s'alimentait comme en état de santé.

On se bornait à faire des injections phéniquées matin et soir. Le dixième jour, sans cause appréciable, une métrorrhagie grave se déclara. L'abondance et la persistance de l'écoulement sanguin nécessitèrent un tamponnement complet du vagin avec des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer étendu d'eau. L'hémorrhagie recommençant dès qu'on faisait une tentative pour enlever le tamponnement, on dut le laisser en place dix jours de suite, malgré les plaintes de la malade. Enfin, le 18 juillet, on put le retirer, et l'hémorrhagie ne se renouvela plus.

La malade, anémiée et affaiblie, fut soumise à un régime reconstituant. Elle reprit rapidement ses forces, et le 2 août elle demandait à sortir.

Au bout d'un mois passé à la campagne, la malade vient nous voir. Elle a très bonne mine. Elle a eu ses règles, le 7 août, si abondamment, qu'un médecin lui a fait une injection sous-cutanée d'ergotine pour les arrêter. Elle ne souffre plus dans le ventre ni dans les reins. Au toucher on constate l'absence du col utérin, et, à sa place, une sorte de bride qui occupe le cul-de-sac postérieur du vagin. Avec le spéculum, on voit un orifice entouré d'un bourrelet muqueux très

rouge et situé à la partie supérieure de la cicatrice utérine. La malade nous dit n'avoir pas encore osé reprendre ses rapports conjugaux.

Depuis lors, la guérison s'est maintenue.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un hypertrophie des glandes du col, et d'un envahissement de la par glandulaire et des tissus ambiants par les cellules épithéliales. C'était donc un épithélioma d'origine glandulaire bien confirmé et circonscrit aux lèvres du col utérin.

Observation IV. — *Epithélioma du col de l'uterus; amputation du col avec l'anse galvanique; hémorrhagie secondaire; retour d'une fièvre intermittente disparue depuis plusieurs années; guérison* (observation communiquée à la Société de médecine de Paris, le 22 avril 1882, d'après les détails recueillis par M. Gomot, interne du service).

La nommée A... (Marguerite), âgée de 39 ans, entre à la Pitié, le 3 février 1882, salle Gerdy, n° 1.

Son père est mort à 62 ans, d'une pneumonie. Sa mère perdit ses règles à 45 ans, mais quelques années plus tard *les règles reparurent avec abondance et occasionnèrent la mort*. Nous ne pouvons nous empêcher de voir là le signe principal d'une affection de la matrice.

Marguerite A... a eu ses premières époques à 16 ans. Depuis, elles sont revenues régulièrement. Elle a eu deux accouchements naturels, et, en 1874, une fausse couche à six mois.

Comme maladie antérieure, elle signale la variole, plusieurs érysipèles de la face, et notamment des *fièvres intermittentes*, qu'elle a contractées dans un pays marécageux, et qui ont disparu depuis une dizaine d'années. Elle n'est ni glycosurique ni albuminurique.

Au mois de décembre dernier (1881) ses règles apparurent comme d'habitude et durèrent le même temps ; mais, deux jours après, elle eut une perte très abondante pour laquelle on lui donna du seigle ergoté. Depuis cette époque, la malade perd constamment, et l'hémorrhagie augmente ou diminue selon les fatigues auxquelles son état de journalière l'expose. Il y a un affaiblissement général, mais pas de douleurs spéciales.

Le col de l'utérus est volumineux. La lèvre postérieure se confond avec une excroissance grosse comme une noix verte, irrégulière à sa surface, de consistance un peu molle. Le mal paraît n'occuper que la

partie la plus saillante du col. On peut constater avec le doigt que le tissu du col utérin est souple, lisse, indolore au niveau de l'insertion vaginale. Les culs-de-sac sont absolument libres. Le corps de l'utérus est mobile et paraît sain.

Au spéculum on voit, sur la lèvre postérieure, un champignon rosé, saignant, oblitérant l'orifice utérin d'où il semble sortir.

Le 7 février. M. Polaillon ampute toute la portion sous-vaginale du col avec l'anse galvanique. Rien de notable dans l'opération. Tampon phéniqué qui reste en place jusqu'au lendemain ; puis injections phéniquées deux fois par jour.

Le 9. La température est de 38,5.

Les 10 et 11. La température monte à 39°.

Le 12. Hémorrhagie abondante survenant pendant la nuit et nécessitant le tamponnement du vagin. La température baisse à 37,4. Sulfate de quinine à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour.

Les jours suivants la température remonte à 38° et même à 39°, 3. Mais le 17 février elle tombe à 37°,5 et remonte à 39°,2, le 20 février. Rien, dans l'état des organes, ne peut expliquer ces fluctuations dans la température. La plaie du col utérin ne saigne plus et marche normalement vers la cicatrisation.

3 mars. Le col est complètement cicatrisé, et le doigt ne rencontre au fond du vagin qu'un vaste cul-de-sac. Mais la fièvre, qui a persisté jusqu'alors avec des rémittences irrégulières, devient franchement intermittente et affecte le type quotidien. Le matin, la température est normale, et la malade se trouve bien pendant une partie de la journée. Vers 4 heures de l'après-midi le malaise commence et persiste jusqu'au milieu de la nuit. On observe très nettement une période de frissons suivie de chaleur et de sueurs.

M. Polaillon fait remarquer que l'on a affaire à une femme qui a eu autrefois des fièvres paludéennes, que le traumatisme opératoire et l'hémorrhagie secondaire ont produit chez elle une fièvre mal caractérisée, d'abord, puis franchement intermittente, et que ce fait est une confirmation des idées de M. Verneuil sur le retour des accès intermittents sous l'influence d'une opération.

On administre le sufalte de quinine à la dose d'un gramme par jour.

Voici le relevé de la température au moment de l'accès.

Le 3 mars	....	40°,1
Le 4 —	....	39°,1
Le 5 —	....	38°,9
Le 6 —	....	40°,1
Le 7 —	....	39°
Le 8 —	....	38°,4
Le 9 —	....	39°,1
Le 10 —	....	39°,6
Le 11 —	....	40°
Le 12 —	....	39°,4
Le 14 —	....	39°,1
Le 15 —	....	39°,9
Le 16 —	....	38°,6
Le 17 —	....	38°,2
Le 18 —	....	38°,5

A partir de ce moment la température devient normale.

Le 22. La malade quitte l'hôpital.

Le fond du vagin est lisse, sans induration. Il est même difficile de reconnaître au toucher le point occupé par la cicatrice du col.

La récidive du cancer du col est-elle fatale et, par suite, son ablation est-elle inutile, comme on le croit généralement ? Les faits prouvent que cette opinion est erronée. Il existe des exemples incontestables de survie et même de guérison à la suite d'ablations bien faites. Si ces guérisons sont plus rares pour le cancer de l'utérus que pour celui des autres organes que la chirurgie peut atteindre, il faut l'attribuer à deux causes : aux opérations défectueuses et incomplètes que l'on pratique dans cette région et à l'époque trop tardive où l'on opère.

Sans parler des cautérisations superficielles et insuffisantes, auxquelles se livrent beaucoup de praticiens, quel résultat avantageux peut-on attendre de l'ablation, si la section n'est pas faite au-dessus des tissus malades, et si ceux-ci, se prolongeant dans le moignon du col, on néglige de les détruire profondément ? Mais, si l'amputation du col emporte tous les tissus

dégénérés, elle constitue une opération curative au même titre que l'ablation large et précoce d'une affection cancéreuse de la lèvre, du sein ou de la langue est curative du cancer de ces organes.

La seconde cause de la prétendue incurabilité du cancer cervical dépend de ce que les femmes se soumettent trop tard à l'opération. Beaucoup d'entre elles ne viennent pas consulter leur médecin au commencement de la maladie, au moment où l'opération donnerait un succès, parce que les premiers symptômes du cancer développé sur un organe aussi caché que le col de l'utérus, n'attirent pas leur attention. D'autres ressentent des douleurs et des malaises, mais des raisons de pudeur leur font repousser l'idée d'un examen; elles attendent, pour s'y décider, que des pertes de sang surviennent et que les écoulements fétides rendent leur existence intolérable. A ce moment une opération radicale n'est plus praticable. Dans certains cas, l'examen médical a eu lieu en temps oppportun, mais le cancer a été méconnu, ou bien le diagnostic a été fait, mais on a perdu un temps précieux en traitements illusoires. Quelquefois, par pusillanimité, la malade refuse ou retarde de plus en plus une intervention chirurgicale. De temporisation en temporisation le mal s'aggrave et arrive à un degré tel qu'il n'est plus curable.

Il résulte de ce qui précède : 1° que l'indication d'enlever le cancer du col à son début est formelle; 2° qu'on est en droit d'en attendre une guérison, si l'opération est faite très largement; 3° que la méthode de choix est l'amputation de la portion sous-vaginale avec l'anse galvanique, complétée, s'il y a lieu, par la destruction de la portion sus-vaginale avec les flèches caustiques de Canquoin; 4° que cette opération est peu grave lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions et par des mains expérimentées.

III. — *Traitement palliatif.*

Lorsque le cancer, après s'être confiné quelque temps dans le col, n'a pas été enlevé, ou lorsqu'il a récidivé après opération,

et que, dans sa marche envahissante, la maladie s'est étendue, soit au corps de l'utérus soit aux insertions vaginales, nous ne sommes plus d'avis d'intervenir radicalement. L'opération qu'il faudrait faire serait l'extirpation totale de l'utérus. Or, nous savons que les chances de mort de cette terrible opération sont trop nombreuses pour engager les patientes à s'y soumettre et à sacrifier ainsi la certitude de vivre pendant quelque temps encore. Mais il faut soulager leurs souffrances et instituer un traitement qui, sans leur faire courir de risques, prolongera leur existence. Ambroise Paré (1) conseillait déjà « d'user de cure palliative pour adoucir la fureur du chancre de la matrice et séder la douleur afin d'empêcher les accidents. » Lors même que ce traitement palliatif n'aurait qu'une efficacité douteuse, il n'en est pas moins d'une grande importance pour relever le moral des malades et soutenir leur espérance.

Le traitement palliatif s'applique au cancer du corps aussi bien qu'au cancer du col devenu incurable.

Il se divise en deux espèces, le *traitement palliatif chirurgical* qui s'adresse à la tumeur elle-même, et le *traitement palliatif médical* qui a pour but de combattre les accidents que celle-ci engendre.

1° *Traitement chirurgical.* Deux cas peuvent se présenter : tantôt le cancer affecte la forme végétante, tantôt la forme ulcéreuse.

Lorsqu'il existe un champignon fongueux, occasionnant des hémorrhagies et des écoulements fétides, la première chose à faire est d'en pratiquer l'excision. C'est surtout dans ces circonstances, où l'on est obligé de couper au milieu de tissus malades, quelquefois très vasculaires, qu'il faut rejeter l'exérèse avec l'instrument tranchant et l'écraseur linéaire, pour éviter une perte de sang qui pourrait être très grave. L'anse galvanique est spécialement indiquée, en raison de la sécurité qu'elle donne contre l'hémorrhagie.

Mais la section du col avec les végétations qui en naissent,

(1) Œuvres d'A. Paré, édit. de Malgaigne, p. 368, t. I.

n'est qu'une opération préliminaire. Si on se bornait à elle, le moignon se mettrait aussitôt à proliférer et les mêmes accidents se reproduiraient. Il faut donc modifier la base d'implantation, détruire les tissus fongueux qui se cachent dans la cavité utérine par un ou plusieurs actes opératoires, exécutés dans la même séance ou dans des séances successives.

Pour ces opérations complémentaires, on peut employer la curette de Récamier, remise en honneur dans ces derniers temps par le docteur Cervis, sous la nom de traitement par *érosion* (1). Tous les tissus malades sont raclés et enlevés par la curette, jusqu'à ce qu'on soit arrivé aux tissus sains qui, étant plus durs, résistent au raclage. C'est absolument le procédé de Récamier; seulement, après le raclage, Cervis cautérise les parties saignantes avec un bourdonnet de charpie imbibée de nitrate acide de mercure, qu'il laisse en place et qu'il maintient exactement en position avec des tampons de ouate. Il a opéré par ce moyen 22 femmes atteintes d'épithélioma, mais dans un cas il a eu une pelvi-péritonite consécutive.

Le curage est une opération très sanglante, qui nécessite la chloroformisation et souvent l'abaissement artificiel de l'utérus. Il est dangereux et absolument contre-indiqué lorsque les femmes sont affaiblies par la cachexie et des pertes de sang antérieures. Il va même à l'encontre du but qu'on se propose dans ces cas désespérés, qui est de faire une opération innocente et exsangue. Sous ce rapport, j'ai beaucoup plus de confiance dans l'emploi du thermo-cautère ou dans l'application de flèches de Canquoin.

Dans le traitement palliatif, plus encore que dans le traitement curatif du cancer uterin, les cautérisations avec les flèches de chlorure de zinc m'ont donné de bons résultats. Cette méthode, qui a été employée par son inventeur, Canquoin (1838), par Bonnet, de Lyon, par Demarquay, etc., m'a toujours paru au moins sans danger. On a reproché au chlorure de zinc de couler dans le vagin et d'y produire des eschares. Ce reproche

(1) *St-Thomas's hosp.* Repor. IX, p. 1, 1878.

serait très fondé si on employait le chlorure de zinc à l'état pur; il deviendrait bientôt déliquescent et se répandrait sur les parties qu'on ne veut pas atteindre. Mais, incorporé à la farine des flèches de Canquoin, il agit dans le lieu même où l'on introduit celles-ci, et, quand on a la précaution de préserver les parties saines de la muqueuse vaginale avec du coton, de maintenir les flèches avec un tamponnement léger et de recommander aux patients le décubitus dorsal pendant quelques heures, on n'a pas à regretter une extension trop grande de la cautérisation. Quant à la douleur qui accompagne l'action des flèches de Canquoin, elle est variable suivant les sujets, et, dans tous les cas, peut être atténuée par l'administration des narcotiques.

Dans le cas d'un ulcère rongeant cratériforme, sans fongosités végétantes, le traitement chirurgical se borne à détruire les surfaces ulcérées avec la curette, avec le cautère actuel ou avec des caustiques potentiels énergiques, parmi lesquels nous recommandons surtout le chlorure de zinc. Quelquefois le curage, le fer rouge et les caustiques employés successivement ou combinés ensemble rendent des services signalés.

Pour montrer l'utilité du traitement paliatif je choisis, parmi beaucoup d'autres, les deux faits suivants :

Observation V.

Le 1er mai 1882, on apporte à la Pitié, salle Gerdy, nº 1, une femme, Marie M..., âgée de 69 ans. Cette femme a des pertes de sang trés abondants et des écoulements très fétides. Elle garde le lit depuis plusieurs semaines et on a été obligé de l'amener à l'hôpital sur un brancard.

Je constate un énorme épithélioma végétant, implanté sur le col et remplissant tout le vagin. La malade est anémique et très faible. Elle a une teinte cachectique de la peau. L'inappétence est complète.

Le 4 mai. Sans chloroformisation, amputation, avec l'anse galvanique, du champignon cancéreux au niveau du col. L'opération est rapide et très peu douloureuse. L'écoulement de sang que provoquait

le moindre attouchement de la production cancéreuse, s'arrête complètement.

L'examen au spéculum montre le point d'implantation de la tumeur. J'y enfonce immédiatement deux flèches de Canquoin, que je maintiens avec plusieurs tampons de charpie portant un fil qui sort par la vulve.

La malade est reportée sur son lit, où elle garde l'immobitité, couchée sur le dos.

Le 5. Aucune réaction fébrile. Les tampons sont enlevés. Injections vaginales phéniquées. Point d'écoulement sanguin.

Le 7. Application de 2 nouvelles flèches dans le col. La malade mange et ses forces reviennent.

Le 8. Il n'y a plus d'écoulement sanguin ni d'écoulement fétide. Il n'y a plus de douleurs dans le ventre.

Le 10. La malade se *sent guérie* et veut absolument sortir de l'hôpital. Alors que dix jours auparavant elle était apportée dans le service sur un brancard presque mourante, elle retourna chez elle à pied.

Sans partager l'illusion de cette femme qui se croit guérie, on ne saurait nier qu'elle a retiré un grand bénéfice de l'intervention chirurgicale palliative.

Observation VI.

Delphine F..., âgée de 33 ans, entre à la Pitié, le 10 mars 1882, salle Gerdy n° 18.

Cette femme est accouchée depuis quatre mois et nourrit son enfant, qui est assez bien portant. Depuis quelques semaines, elle a des douleurs dans le bas-ventre et des pertes rosées fétides; elle ne mange presque plus, maigrit, s'affaiblit de jour en jour et son lait se tarit. Cette circonstance la désole, parce qu'elle entrevoit le moment où elle ne pourra plus nourrir son enfant, même en s'aidant du biberon. La peau a une teinte jaune pâle.

Le toucher vaginal me fait reconnaître un champignon cancroïdal, gros comme une mandarine, sortant par l'orifice du col dont la partie droite est confondue avec la tumeur. Le corps de l'utérus est volumineux et douloureux à la pression. Le mal a certainement envahi la cavité du corps.

Cette femme ignore si elle portait cette maladie avant ou même pendant sa grossesse. Elle dit que son accouchement a été naturel.

Le 14 mars. Ablation de la tumeur et de la portion du col qui la supporte avec l'anse galvanique sans chloroformisation. L'opération présente cette particularité de provoquer des cris de douleur; mais cette douleur cesse après la section. Pour ne pas la faire reparaître je m'abstiens de faire l'examen immédiat avec le spéculum et de placer des flèches caustiques. La malade est reportée à son lit. Injections phéniquées. Cataplasmes sur le ventre.

Le 17. Examen au spéculum. Au centre et à droite du fond du vagin une masse de fongosités, assez molles et saignantes, remplissent une sorte de cratère formé par les débris du col. J'enfonce quatre flèches de Canquoin longues de trois centimètres dans les tissus malades. Je préserve les culs-de-sac en plaçant de la charpie dans leur cavité, puis je maintiens le tout avec trois ou quatre tampons de coton. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Quelques douleurs dans le bas-ventre pendant trois heures.

Le lendemain, les tampons sont ôtés. Injections phéniquées que l'on continue les jours suivants.

Le 25. Les eschares étant éliminées, nouvelle application de flèches caustiques.

Les jours suivants, je fais encore, à trois ou quatre jours d'intervalle, trois cautérisations intra-utérines avec les flèches de Canquoin.

Le 20 avril. Le col est complètement détruit. Le fond du vagin est froncé autour d'un orifice, d'où il ne sort plus ni sang, ni liquide fétide. Delphine F... a repris de l'embonpoint et des forces. Elle ne souffre plus. Son lait est redevenu abondant. Elle sort de l'hôpital avec la conviction qu'elle est guérie et avec l'extrême satisfaction de pouvoir allaiter son enfant jusqu'au bout.

2° *Traitement médical.* — Certains cancers de l'utérus ne comportent aucune intervention chirurgicale; d'autres fois, l'intervention chirurgicale a été épuisée et sa répétition deviendrait nuisible. On n'a plus alors d'autre ressource que le traitement médical, sur lequel je serai bref.

Les principaux accidents à combattre sont la *douleur*, *la fétidité* et l'*hémorrhagie*.

Contre la *douleur*, on a l'opium sous toutes ses formes en applications sur le ventre, en injections vaginales, en injections de chlorhydrate de morphine sous la peau ou dans le tissu

même de l'utérus ; l'extrait de belladone porté sur le col avec un tampon ; le chloral, en injections et en lavements ; en un mot toute la série des narcotiques administrés à l'extérieur et à l'intérieur. Le rôle du médecin sera de les varier selon les indications et selon les susceptibilités individuelles.

La *fétidité* des écoulements vaginaux est le plus terrible tourment des malades, celui dont elles désirent le plus ardemment être débarrassées. On peut user de deux moyens qui sont des lavages et des pansements.

Les lavages se font en injectant deux ou trois fois par jour dans le vagin une solution désinfectante d'acide phénique, d'acide salycilique, d'hydrate de chloral, de chlorure de chaux, de permanganate de potasse, etc. J'emploie souvent une solution de chlorure de zinc (4 parties de chlorure de zinc pour 10 alcool et 100 eau) parfumée avec l'addition d'un peu d'essence de thym, d'eau de Lavande ou d'eau de Cologne.

Après les injections, il est toujours fort utile de panser la plaie cancéreuse avec de la poudre d'iodoforme, ou d'appliquer sur elle un tampon imbibée, soit d'une solution de chlorate de potasse, soit d'une des solutions désinfectantes précédemment indiquées.

Quelquefois des attouchements de la plaie, renouvelés de temps en temps, avec un liquide caustique, tel que l'acide chromique, une solution concentrée d'acide salycilique dans l'alcool, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc déliquescent, modifient avantageusement les sécrétions fétides et donnent à la patiente quelques jours de tranquillité.

L'*hémorrhagie* se montre principalement dans les formes végétantes et fongueuses. En enlevant ces tumeurs avec l'anse galvanique ou en les détruisant avec le cautère actuel et particulièrement avec les flèches de chlorure de zinc, on tarit la source même de la perte de sang. Dans les cas où l'hémorrhagie vient d'un ulcère rongeant, on peut faire un tamponnement peu serré avec des boulettes de charpie imbibée de perchlorure de fer étendue d'eau (au 8° ou au 10°). Mais ce tamponnement est assez douloureux et ne met guère à l'abri de l'hémorrhagie

que pendant la durée de son application. Je lui préfère de beaucoup la pâte de Canquoin que je dispose à plat sur l'ulcère et que je maintiens avec quelques boulettes de charpie ou de coton sans faire de tamponnement proprement dit. Avec ce moyen j'ai toujours pu maîtriser les pertes de sang et prévenir leur récidive au moins pour quelques jours.

CLOISONNEMENT DU VAGIN

Par la méthode du professeur Léon Le Fort

POUR LA CURE DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS.

Par F.-A. Hue,

Interne à l'Hôtel-Dieu.

Le traitement du prolapsus utérin a, surtout dans ces dernières années, attiré l'attention des chirurgiens tant en France qu'à l'étranger. Tandis que les uns songeaient à maintenir l'utérus réduit au moyen d'appareils prothétiques variés, d'autres s'avisèrent d'arriver au même but en modifiant le calibre ou la direction du vagin.

Marion Sims, entre autres, conseille de tailler sur la paroi antérieure du conduit un lambeau triangulaire à base inférieure et d'en suturer les bords latéraux rapprochés l'un de l'autre, après réduction. On obtient ainsi un rétrécissement latéral qui malheureusement n'est que temporaire ; le poids de l'utérus le dilate bientôt et la tumeur reparaît à la vulve.

Le professeur Le Fort fut amené à imaginer son procédé par cette remarque de Malgaigne que le prolapsus débute toujours par une cystocèle vaginale, s'accompagnant, au bout d'un certain temps, d'une rectocèle. Les deux tumeurs, antérieure et postérieure, s'accolent, puis leurs parois accolées se séparent peu à peu l'une de l'autre en se déroulant jusqu'au moment où le col utérin apparaît entre elles, constituant le prolapsus complet. Empêcher ce déroulement, cet écartement des deux parois

du vagin, c'était évidemment empêcher la chute de la matrice; de là le cloisonnement, opération de date récente et dont la pratique et les résultats, si nous en jugeons par une communication du Dr Eustache à la Société de chirurgie, sont assez peu connus pour que nous ayons cru devoir, d'après les conseils de notre maître, publier l'observation d'une opération de ce genre pratiquée cette année par lui à l'Hôtel-Dieu.

Cette opération nous a paru d'autant plus intéressante que la malade qui en fait le sujet a succombé à des accidents pulmonaires au moment où elle était guérie de son opération et que l'autopsie a permis de constater les résultats et la réussite du cloisonnement.

Nous n'insisterons d'ailleurs que sur les points principaux.

Bernaux (Marie), ménagère, âgée de 63 ans, entre le 2 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 18, dans le service du professeur Le Fort, à l'Hôtel-Dieu.

D'une bonne santé habituelle, cette malade a eu deux enfants, l'un à 21 ans, l'autre à 23; elle a fait de plus une fausse-couche deux ans après. Son premier accouchement n'aurait pas été absolument exempt de difficultés, bien qu'elle ne puisse donner de renseignements exacts à ce sujet. Elle aurait eu, dit-elle, la matrice arrachée (?). Cependant sa santé fut excellente jusqu'à 48 ans et ses règles régulières jusqu'à 55 ans, âge auquel eut lieu normalement la ménopause.

C'est vers 48 ans qu'elle s'aperçut qu'une tumeur lui sortait peu à peu par la vulve au point de la gêner dans la marche. Un médecin consulté réduisit cette tumeur et maintint la réduction à l'aide d'un pessaire, grâce auquel la malade put continuer à vivre presque comme par le passé.

Les quintes de toux auxquelles elle est sujette, étant atteinte depuis longtemps d'un catarrhe bronchique, les efforts, la station debout et la marche déterminent la reproduction du prolapsus dès qu'elle enlève son pessaire pour une cause quelconque. Il lui est ordinairement facile de le rentrer; cependant, dix jours avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une grande fatigue, elle n'a pu comme d'habitude venir à bout de replacer son pessaire et depuis la matrice est restée sortie, rendant la marche très difficile et déterminant des douleurs dans les reins et des tiraillements dans l'abdomen.

A son entrée dans la salle, nous constatons à la vulve l'existence d'une tumeur d'un volume un peu supérieur à celui d'un œuf, de forme conique, à sommet inférieur et libre, à base enclavée entre les petites lèvres, de couleur rouge ou rosée, donnant au doigt une sensation de mollesse particulière et manifestement terminée par le col utérin. Celui-ci est peu augmenté de volume; à son extrémité se trouve l'ouverture du museau de tanche, transversale, pouvant admettre la dernière phalange du petit doigt. En avant et en arrière la muqueuse vaginale est pelissée transversalement; çà et là on trouve à sa surface quelques plaques d'épithélium squammifié. Le doigt délimite facilement un sillon circulaire légèrement interrompu seulement en arrière par une petite bride vers la fourchette, sillon qui circonscrit la tumeur dans l'intérieur du vagin. Les culs-de-sac sont notablement diminués de profondeur et n'ont plus guère que 1 centimètre en avant et 2 en arrière.

L'hystéromètre, introduit sans peine dans la cavité de l'utérus, s'enfonce jusqu'à 9 centimètres 1/2, ce qui éloigne immédiatement toute idée d'allongement hypertrophique du col, du moins d'un allongement suffisant pour constituer seul toute l'affection. Au reste, l'utérus peut être réduit et le vagin récupère une longueur normale. Par le toucher rectal, on arrive sur le fond de l'utérus qui semble en légère rétroversion ; nous verrons plus tard que ce que nous avions pris pour le corps de l'utérus légèrement dévié était une petite tumeur fibreuse située à sa partie supérieure et postérieure.

L'état général de la malade est satisfaisant en dehors de sa bronchite chronique qui la fatigue beaucoup, dit-elle.

Le 8 mars, à sa clinique, M. le professeur L. Le Fort procède à l'opération du cloisonnement du vagin. La malade est anesthésiée par le chloroforme et placée à l'extrémité de la table à opérations, de telle sorte que le siège porte à faux. Les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur l'abdomen sont maintenues en position par deux aides, tandis qu'un troisième, au moyen d'une pince érigne immobilise la tumeur au dehors de la vulve, en opérant une légère traction.

La tumeur étant relevée vers le pubis montre d'abord bien en lumière à l'opérateur la paroi postérieure du vagin. Sur cette paroi, au niveau de la ligne médiane, on délimite, au moyen d'un bistouri fin, un rectangle allongé dans le sens du vagin, commençant à 1 centimètre 1/2 du museau de tanche pour aboutir après un trajet

3 centimètres environ aux abords de la fourchette. La largeur de rectangle est de 1 centimètre 1/2 environ, l'incision qui le circonit arrive à peine à la face profonde de la muqueuse qui est soiusement disséquée dans toute son aire. Il en résulte un avivent rectangulaire allongé, d'où l'expression d'avivement linéaire, ne dépasse pas l'épaisseur de la muqueuse et a pu être fait, par iséquent, sans aucune lésion des tissus sous-jacents.

a même opération est répétée sur la face supérieure de la tumeur, st-a-dire sur la paroi antérieure du vagin, dans des conditions ntiques. L'écoulement de sang est insignifiant et dans tous les ne peut gêner l'opérateur qui a eu soin de pratiquer l'avivement érieur le premier. Il en résulte la formation de deux rectangles entés, l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure vagin, commençant tous les deux à 1 centimètre 1/2 du museau de iche et dans les meilleures conditions pour être accolés l'un à atre.

L'accollement est facilement obtenu au moyen de sutures en fil de ie disposées par paire sur les bords de l'avivement et espacées in peu moins de 1 centimètre l'une de l'autre. Une autre suture à acun des angles et aux deux extrémités du rectangle assure un rontement parfait.

La façon dont ces sutures ont été et doivent être faites n'est pas ns importance et constitue un petit chapitre intéressant du manuel ératoire du cloisonnement. M. le professeur L. Le Fort préfère, ur ces sutures, le fil de soie aux fils métalliques qui constitueraient us tard dans les profondeurs du vagin des corps étrangers fort difiles à enlever et pouvant déterminer des ulcérations et des perfotions des organes voisins. Les fils de soie au contraire peuvent ns aucun danger être abandonnés, leur libération et leur élimition n'offrent plus les mêmes dangers que les fils métalliques, ns parler de la possibilité de leur absorption ou tout au moins de ar désagrégation relativement rapide.

L'aiguille chargée de fil est d'abord introduite sous la muqueuse quelque distance en dehors de l'avivement sur la surface normale i vagin, puis vient ressortir sur la surface cruentée à 1 millimètre viron de son bord. Elle est reprise par le porte-aiguille, puis enucée dans le rectangle opposé sur la surface cruentée, de façon à nir sortir en dehors de l'avivement sur la surface normale du vaa. point de sortie appartenant à la paroi opposée de celle où a eu

lieu le point d'entrée. Il en résulte que les deux chefs du fil s
en dehors de l'avivement et que le nœud qui resserrera leur an
trouvera en dehors du rectangle cruenté.

La même opération est répétée au même niveau sur le bord opp
ainsi, peu à peu, de proche en proche, l'avivement antérieur v
s'accoler à l'avivement postérieur, il en résulte que l'utérus peu à
repoussé a bientôt repris sa place, que la tumeur diminue au fu
à mesure, et que, la dernière suture finie, il ne reste plus rien en
hors de la vulve.

La simplicité et l'élégance de cette opération ont frappé les ass
tants parmi lesquels se trouvaient des médecins et des chirurg
des hôpitaux.

Une compresse imbibée d'alcool camphré est maintenue en bo
chon à l'orifice vulvaire au moyen d'un bandage en T, afin d'amo
autant que possible l'effet des secousses de toux qui ne peuv
qu'être préjudiciables à une prompte et complète réunion, et la m
lade est reportée dans son lit.

9 mars. Le lendemain de l'opération la fièvre est peu vive e
température ne dépasse pas 38,4. La miction est facile et sponta

Le 10. La malade se plaint d'une oppression croissante, elle to
plus encore que d'habitude et expectore des crachats muco-p
lents abondants.

La percussion n'accuse rien d'anormal. L'auscultation fait enten
en arrière, dans toute l'étendue du thorax, des frottements pleur
et des râles sibilants et ronflants nombreux, au sommet gauch
dans un point très limité, on perçoit des signes cavitaires qui fo
songer à une petite dilatation bronchique. Les râles sibilants e
ronflants se retrouvent en avant. L'expiration est prolongée. La te
pérature monte le soir à 40,6.

Malgré une médication appropriée, l'état général reste à peu p
stationnaire les jours suivants. La toux est toujours violente, le
signes stéthoscopiques marqués, le sommeil rare, l'appétit presq
nul, seule la température baisse et revient à 37,6 pour remont
jusque vers 39° dans ses exacerbations vespérales. Le pouls r
vers 90°. Il ne se produit pas d'écoulement notable par le vagin et l
tumeur n'a aucune tendance à se reproduire malgré la toux.

Le 20. La température est remontée hier au soir à 40°. Les sign
stéthoscopiques sont plus marqués ; il existe aux deux bases, en ar
rière et surtout à gauche de l'induration du poumon, se traduisa

ır de la submatité, une légère augmentation des vibrations et des lles sous-crépitants; les bruits du cœur sont transmis avec force en rrière.

La malade a la face asphyxique, la langue sèche et ne se plaint ue de sa dyspnée. Rien du côté du ventre; pas de frissons, pas de iarrhée.

Le soir, la température monte à 40,5 et le pouls à 120°. On admiiistre de l'alcool en même temps que l'on recommande à la malade le changer fréquemment de position dans son lit.

Le 21. Délire bruyant pendant la nuit. La température est tombée à 39,6, la malade est très affaiblie, l'état général est grave, les symptômes locaux sont toujours les mêmes. Potion de Todd et extrait de quinquina.

Le 22. Un peu de soulagement; la toux et la dyspnée semblent avoir un peu diminué. La température est tombée à 38,8 et le pouls à 112; l'appétit est nul, la malade ne prend qu'un peu de lait et de bouillon depuis trois jours; l'affaiblissement est très prononcé.

Du côté de la vulve on n'aperçoit aucune trace de prolapsus malgré les efforts de toux répétés auxquels la malade est en proie. De plus, la suppuration, si elle existe, est assez insignifiante pour passer inaperçue. Il n'existe aucune douleur dans cette région, seule la fosse iliaque gauche est légèrement douloureuse ce qui paraît tenir à ce que la malade n'a pas été à la selle depuis quelques jours.

Un lavement provoque une selle abondante. Le soir, la température tombe à 38°. Néanmoins l'état général est toujours aussi grave. Potion cordiale et extrait de quinquina.

Le 23. Délire continuel et bruyant pendant la nuit. Au matin, pendant la visite, nous trouvons la malade à l'agonie; elle meurt à 10 heures du matin, quinze jours juste après l'opération.

Autopsie. Vingt-cinq heures après la mort, cadavre émacié.

Thorax. Traces nombreuses de pleurésies anciennes. Des adhérences multiples fixent en arrière et sur les côtés les poumons aux parois thoraciques. Elles sont plus marquées et plus résistantes aux deux sommets, principalement à gauche. Au sommet gauche, dans le parenchyme pulmonaire, fort près de la superficie, existe une cavité de la capacité d'une grosse noisette, tomentueuse et communiquant avec une bronchiole.

Du tissu scléreux l'entoure dans une zone assez restreinte; elle offre d'autant plus les caractères d'une dilatation bronchique qu'il

n'y a aucune trace de tubercules à aucun degré dans le reste des poumons.

Dans les bronches on retrouve des lésions bien marquées de bronchite chronique. Le tissu pulmonaire laisse écouler, à la coupe, l'écume sanguinolente; les deux poumons à leur base et en arrière sont le siège d'une congestion hypostatique intense qui va, pour une partie du lobe inférieur gauche jusqu'à l'hépatisation rouge.

Cœur. — Quelques légères plaques d'athérome sur le bord libre supérieur de la valvule mitrale; quelques plaques du même genre à la naissance de l'aorte.

Abdomen. — Les viscères de l'abdomen sont normaux. Nulle part on ne trouve la moindre trace de péritonite; les organes du petit bassin ne présentent aucune altération inflammatoire et sont parfaitement libres. Les trompes et les ovaires sont normaux; seul l'utérus est déformé par une tumeur fibreuse sous-péritonéale du volume d'une grosse noix qui proémine vers son angle supérieur gauche et l'allonge de ce côté.

Afin d'examiner facilement les résultats de l'opération, on enlève en masse tous les organes du petit bassin avec le plancher périnéal, puis le vagin est fendu longitudinalement sur sa paroi latérale gauche. On constate alors que le col de l'utérus est parfaitement maintenu en place et repose sur un faisceau de tractus fibreux cicatriciels de formation récente, de 2 à 3 millimètres de longueur, reliant l'une à l'autre les deux parois vaginales au sommet de l'avivement. La réunion entre les deux surfaces avivées s'est parfaitement effectuée dans le tiers supérieur du vagin. Dans les deux tiers inférieurs, c'est-à-dire dans une étendue de 4 centimètres 1/2 environ, la réunion n'a pas eu lieu; chaque surface est brunâtre, tomenteuse, sans aucun aspect de cicatrisation. Les anses de fil destinées à les mettre en rapport sont restées adhérentes irrégulièrement à la paroi antérieure ou à la postérieure, mais surtout à cette dernière.

Quant aux adhérences qui se sont faites dans le tiers supérieur du vagin, elles sont déjà assez solides pour empêcher l'écartement des parois quand on soulève la pièce par un des coins. Elles étaient assez fortes, en tout cas, pour empêcher déjà la reproduction du prolapsus du vivant de la malade, pendant ses quintes de toux aussi violentes que répétées.

REVUE DE LA PRESSE

DANGERS DE L'APPLICATION DU CROCHET
AU PLI DE L'AINE DU FOETUS DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LES FESSES (1)

Par le professeur Belluzzi (de Bologne)

Traduit de l'italien par M. Rey.

Le professeur C. Belluzzi, de Bologne, a rencontré sur 1720 accouchements, 43 accouchements par le siège, divisés de la façon suivante :

Accouchements à	7	mois de grossesse.......	7
—	8	—	16
—	9	—	20
		Total.......	43

Parmi ceux à 9 mois, 13 seulement étaient tout à fait à terme.

Laissant de côté les accouchements à 7 mois, car la présentation n'est pas alors la principale cause de mort, nous trouvons, sur les 16 accouchements à 8 mois, 14 accouchements spontanés et 2 artificiels. Dans les premiers accouchements, 5 enfants furent expulsés morts et 1 seul dans les derniers. — Mais tous ces fœtus étaient macérés et syphilitiques ; la présentation n'était pas cause de leur mort.

Pendant le 9e mois, enfants nés : 20, dont 7 enfants dans le cours du 9e mois, sur lesquels 5 nés spontanément et 2 à la suite d'un accouchement artificiel. Sur les 5, 1 mort-né, et 1, né asphyxié, meurt 10 heures après la naissance. — Tous les autres sont vivants.

(1) Estratta della serie IV, t. II, delle *Memorie dell' Acad. delle scienze di Bologna*, 3 febbraio 1881.

Parmi les 13 nés à terme, 7 spontanément et 6 avec l'aide de l'accoucheur, 1, parmi les premiers, mort au début du travail, 1, parmi les seconds, extrait mort, mais bassin rétréci et spasme utérin.

De cette petite statistique résulte que sur 20 accouchements par les fesses, pendant le 9e mois, l'art intervint 8 fois (proportion assez forte) ; il y eut 3 morts dont 2 peuvent seulement être attribués à la présentation. La proportion serait ainsi de 10 0/0.

Les dangers que court l'enfant dans la présentation des fesses sont nombreux et de différentes natures : dangers de compression du cordon, dangers dus à la lenteur, aux difficultés de l'expulsion, provenant de l'excès du volume du fœtus ou d'une angustie pelvienne de la mère, de la faiblesse des contractions utérines, faiblesse assez fréquente dans cette présentation, etc.

Quand, dans une présentation des fesses, il est nécessaire de terminer artificiellement l'accouchement, on doit se rappeler qu'il n'est pas toujours facile d'appliquer le précepte donné dans les traités d'obstétrique et qui est celui-ci : siège élevé, aller à la recherche des membres inférieurs, les extraire, et abandonner aux forces maternelles la terminaison de l'accouchement. Siège accessible, accrocher les aines avec le doigt et faire l'extraction des fesses.

Lorsque le siège est élevé, il peut arriver que la dilatation de l'orifice utérin ne permette pas d'agir ; et, plus tard, quand on le pourra, le siège peut être descendu, fixé dans l'excavation, de façon qu'on ne puisse pas déplier les membres inférieurs et les extraire ; le siège ne sera cependant pas assez bas pour permettre aux doigts d'atteindre les aines avec efficacité. L'expérience apprend encore que, arrivant à ceindre une aine avec l'index d'une main et l'autre aine avec l'index de l'autre main, et en accrochant en même temps les deux aines, on ne réussit pas, et on est contraint, l'ergot ne convenant pas ou étant sans effet, à recourir à l'application d'un instrument avec lequel des tractions plus énergiques sont possibles.

De quel instrument se servir ? Le plus commun, et qui sem-

blerait devoir réussir par sa forme et sa simplicité, est le crochet mousse. Ainsi le crochet mousse, qui termine un des manches de divers forceps, serait apte à cet objet. Toutefois, si les praticiens qui se sont servis de ce crochet voulaient révéler les désagréments qu'il leur a occasionnés, on aurait pour son emploi une juste méfiance; sans rappeler tous les auteurs, on sait que Nœgele et Grenser redoutent l'emploi du crochet, non seulement à cause de la fracture du fémur, mais aussi pour les contusions qu'il occasionne ; aussi ils donnent le conseil de soulever un peu l'instrument à chaque traction. Schrœder dit que le crochet est toujours dangereux pour le fœtus. Joulin admet qu'il peut fracturer le fémur et le rejètte tout en remarquant que le forceps proposé par quelques auteurs est encore plus mauvais.

Je n'ai employé le crochet qu'une fois, il y a plusieurs années, pour l'extraction d'un fœtus mort à la suite d'un travail prolongé. Voici le fait en quelques mots. Le soir du 10 juillet 1868, vers 10 heures, je suis appelé auprès d'une femme en travail depuis le matin (2e accouchement). Présentation du siège ; contractions spasmodiques, fesses dans l'excavation, fixées ; fœtus très volumineux en 1re position, membres inférieurs relevés et appliqués sur le plan antérieur. Doubles battements du cœur assez faibles, à gauche au-dessous de la ligne ombilicale. Saignée, lavement laudanisé pour calmer le spasme utérin ; pas de résultat.

Dans l'intérêt de la femme, les doubles battements ne s'entendant plus, je me décide à une intervention. J'essaye d'atteindre les pieds pour les ramener dans le vagin, mais la contraction spasmodique de l'utérus ne me permet pas d'aller assez loin. Avec le doigt en crochet j'embrasse le pli de l'aine, sans réussir à faire descendre les fesses ; j'ai recours alors au crochet du forceps que je place sur l'aine gauche et je fais descendre les fesses ; bien que les tractions soient pratiquées dans la direction convenable et avec prudence, je perçois cependant un craquement qui m'indique une fracture du fémur. Après l'expulsion, je constate une fracture du

fémur dans son tiers supérieur. Ce fait me démontra que la fracture du fémur, quand on se sert du crochet, se produit très aisément. Selon moi, elle se produit surtout quand on doit faire les tractions dans un sens légèrement oblique à l'axe du fémur du fœtus, et est causée par le crochet du forceps, moins avantageux que le crochet fait spécialement pour s'appliquer à l'aine ; par sa grosseur il écarte trop le fémur du bassin fœtal, et par sa courbe embrasse plus facilement le col du fémur que le pli de l'aine.

Il peut se produire, en outre de la fracture du fémur, des lésions des vaisseaux du haut de la cuisse, de la branche horizontale du pubis, du scrotum.

J'ai observé de très graves lésions chez une petite fille reçue le 25 octobre 1878, à l'hospice des Enfants trouvés, deux jours après sa naissance. Cette enfant pesait 3,540 grammes et présentait dans le pli de l'aine gauche, au niveau de la branche horizontale du pubis, une plaie en entonnoir, profonde, d'une odeur fétide, et, à la racine de la cuisse, une ecchymose très foncée. Cette ecchymose accompagnée de gonflement s'étendait à toute la fesse et aux parties génitales externes, la température dans ces régions était plus élevée.

L'examen de l'enfant était suffisant pour être assuré qu'il s'agissait d'un accouchement par les fesses, terminé par le crochet placé au pli de l'aine ; en fléchissant la cuisse sur le ventre on pouvait s'assurer que l'ecchymose de la racine de la cuisse correspondait exactement à la plaie de la région inguinale. Les renseignements fournis par la sage-femme corroborèrent cette opinion.

La mère de cette enfant était une jeune femme de 20 ans, primipare, bien conformée ; le travail avait été long : la sage-femme, appelée le 22 octobre au soir, les douleurs durant depuis la nuit précédente, reconnut après la rupture de la poche des eaux une présentation des fesses, et le lendemain matin l'extraction du fœtus fut faite par un médecin qui appliqua au pli de l'aine le crochet de son forceps. Le fœtus étant en vie, un pansement fut appliqué au pli de l'aine. Deux conditions

défavorables s'étaient rencontrées : primiparité de la mère, grand développement du fœtus qui, le troisième jour, pesait 3,540 grammes.

Sous l'influence des pansements phéniqués, la plaie prit un bon aspect ; mais la mobilité de la branche horizontale du pubis, la crépitation, rendaient manifeste une fracture de la branche horizontale.

L'enfant étant morte le 30 novembre, trente-huit jours après sa naissance, l'autopsie en fut faite, le bassin disséqué est conservé au musée de la Maternité, dans de l'alcool. L'ecchymose à la racine de la cuisse gauche persiste ; par une incision comprenant toute l'épaisseur de la peau, on arrive sur les tissus sous-jacents qui sont blanchâtres. Dans la paroi abdominale, on trouve l'orifice d'un trajet fistuleux qui traverse de haut en bas, de droite à gauche, toutes les parties molles pour se rendre dans une cavité située derrière les pubis. Cette cavité ouverte en deux points de sa paroi supérieure commence un peu en dehors de la symphyse pubienne et s'étend jusqu'à l'éminence iléo-pectinée ; la paroi postérieure est en partie constituée par des tissus mous, en partie par du tissu osseux de nouvelle formation.

Les parois antérieure, inférieure et interne sont formées d'un tissu osseux, spongieux, de nouvelle formation ; la paroi externe correspond à la paroi interne de l'acetabulum, rugueuse, déviée. Ainsi, à la place de la branche horizontale du pubis, se trouve une excavation osseuse qui empiète sur le trou obturateur. Cette excavation présente supérieurement deux orifices, l'un correspond au trajet fistuleux décrit, l'autre plus petit est le résultat de la dissection. Par ces ouvertures, on arrive sur un séquestre très mobile, dont la forme est celle de la portion horizontale du pubis. La néo-production osseuse ne se limite pas à la région pubienne ; sur la face interne de l'os iliaque, on distingue facilement une larme rugueuse qui s'étend jusqu'à la symphyse droite sacro-iliaque ; de même au-dessus de la cavité cotyloïde.

Un fait important à noter, c'est qu'à la suite de ces lésions, fracture de la branche horizontale et compression en dedans,

qui a amené une déviation de la symphyse, le bassin a pris la forme oblique ovalaire de Nœgelé. Si l'enfant avait vécu, d'autres caractères probablement seraient venus s'adjoindre comme la synostose de l'articulation sacro-iliaque du côté comprimé.

Le diamètre oblique gauche est de 30 millimètres, le droit de 38 millimètres ; au détroit inférieur, la tubérosité de l'ischion gauche se trouve plus voisine du coccyx que l'autre. Le bord gauche du sacrum est plus rapproché de la branche descendante de l'ischion.

Cette observation est non seulement intéressante en ce sens qu'elle montre les dangers de l'emploi du crochet, mais encore au point de vue de l'étiologie du bassin oblique ovalaire.

Elle permet de conclure que :

1° L'emploi du crochet placé au pli de l'aine de l'enfant, dans l'accouchement artificiel par les fesses, est dangereux, malgré toutes les précautions possibles.

2° Qu'on doit craindre, outre les contusions et plaies des parties molles, la fracture du fémur celle de la branche horizontale des pubis.

3° Les déformations du bassin qui se rencontrent dans ces cas peuvent venir étayer la théorie de Fabbri sur l'étiologie du bassin oblique ovalaire.

ECLAMPSIE

PAR ÉTRANGLEMENT DES URETÈRES (1).

Par le Dr Braun,
Professeur à l'Université de Vienne.

Il s'agit d'une jeune accouchée, âgée de 16 ans, qui, dès le début des douleurs, alors que la température était à peine à 36°3, fut prise soudainement d'éclampsie. Il y avait beaucoup d'al-

(1) *Extrait de l'allg. Wiener medic. Zeitung*, 1882, n° 21.

bumine dans l'urine, ainsi qu'on put le constater par la chaleur et l'acide nitrique. Aussitôt après l'accès, on fit une injection de morphine. Dans l'heure qui suivit, deuxième attaque; on appliqua donc le forceps, et on retira un enfant bien portant pesant 3,000 grammes. Dans l'espace de deux heures, on administra 5 grammes d'hydrate de chloral en lavements. Le jour suivant, il y eut encore sept forts accès; la malade paraissait mourante; coma profond, respiration difficile à cause de l'œdème des poumons, pouls très fréquent et intermittent. Mais la température était toujours normale; tant qu'il en est ainsi, on ne peut pas porter un diagnostic certain sur la terminaison fatale. A cause du profond assoupissement de la malade, on cessa de donner du chloral, et l'on fit des injections sous-cutanées d'éther pour la ranimer.

Dans l'éclampsie, on doit toujours rechercher la présence de l'albumine dans l'urine, car c'est là la cause de l'affection. Les cas où l'éclampsie ne coïncide pas avec l'albuminurie n'ont été observés qu'exceptionnellement; c'est un fait indiscutable. Mais on est allé plus loin dans la conception de cette maladie redoutable des femmes enceintes; on a affirmé que l'éclampsie était un symptôme, un épiphénomène du mal de Bright. Chez les femmes atteintes d'éclampsie qui n'ont pas d'albumine dans l'urine, il y a le plus souvent une dégénération amyloïde des reins et le professeur Braun considère ces cas comme particulièrement dangereux : « J'ai observé, dit-il, des cas dans lesquels, pendant la grossesse, les lèvres étaient œdématiées, grosses comme le poing, sans qu'il y eût d'urine albumineuse; quelques semaines après, survenait de l'éclampsie qui entraînait la mort, sans que, à aucun moment, il y eût trace d'albumine dans l'urine; mais à l'autopsie on constatait une dégénération amyloïde des reins et du muscle cardiaque. »

Les recherches de Spiegelberg ont mis en évidence que l'éclampsie dépend d'une intoxication urémique, résultat d'une sécrétion insuffisante des reins; cependant le professeur Ludwig n'a jamais réussi à constater le carbonate d'ammoniaque dans le sang des éclamptiques. En ce qui concerne

l'albuminurie elle-même, elle vient probablement d'un arrêt du sang dans les reins, arrêt qui est provoqué par une compression exercée par l'utérus sur les veines rénales. Aussi le professeur Braun conseille-t-il, chez les femmes enceintes atteintes d'éclampsie, de vider l'utérus le plus rapidement possible; on provoquera le travail par la rupture des membranes; on fera la version ou une application de forceps, suivant les cas.

Mais il peut exister des maladies des reins qui entraînent l'albuminurie avec toutes ses conséquences terribles, des maladies des reins qui, tantôt peuvent être insidieuses dans leurs manifestations, de sorte qu'elles passent inaperçues du médecin et de la malade, tantôt, au contraire, se déclarent rapidement du jour au lendemain. Aussi doit-on se tenir toujours sur ses gardes et faire avec soin l'analyse des urines.

Quant au pronostic, il est très grave, la mort survenant dans la moitié des cas. Cependant, dans la clinique du professeur Braun, la proportion des décès a été beaucoup moindre; il n'y a en effet que 25 0/0 de mortalité, 75 0/0 de guérison. Les mouvements précipités du cœur exercent une influence défavorable et assombrissent le pronostic, car on peut voir survenir alors une dégénération graisseuse aiguë et une paralysie du muscle cardiaque. Lorsqu'on voit la température s'élever, et la dyspnée provoquée par l'œdème des poumons augmenter, on doit également redouter une issue fatale. La mort est le résultat, soit d'une asphyxie rapide, par tétanos, de la respiration, soit du coma par épuisement du système nerveux. Tant que l'enfant reste dans l'utérus et est nourri par le sang urémique de la mère, sa vie est compromise; mais l'hérédité de l'éclampsie n'est, jusqu'à présent, nullement démontrée.

A l'autopsie des éclamptiques, on trouve presque toujours de l'anémie du cerveau, de l'œdème du cerveau et des poumons, mais ce sont les reins qui présentent les lésions les plus importantes. Ceux-ci peuvent être hyperémiés, atrophiés ou avoir subi la dégénération graisseuse. On trouvera, dans tous les cas, une dilatation des corpuscules de Malpighi et de la congestion veineuse.

Mais revenons à notre malade ; pour diminuer l'œdème exis-
int. on la plaça dans un bain très chaud de 36° où on la laissa
ingt-cinq minutes ; on fit ensuite un enveloppement chaud
our provoquer ainsi une abondante transpiration. On ne se
ert plus, dans cette clinique, de la pilocarpine préconisée
ontre le mal de Bright, car on n'en a pas retiré de résultats
atisfaisants.

La pilocarpine est un bon médicament diaphorétique, mais
l a l'inconvénient de provoquer un œdème tellement intense
les poumons, que la vie des malades paraît être directement
compromise. En outre, ce n'est pas un médicament provoquant
e travail de l'accouchement, comme on l'a affirmé, et, à ce
point de vue, son action ne peut être comparée à celle d'un bain
chaud. Dans sa clinique, on ne saigne pas non plus dans
l'éclampsie ; le professeur C. Braun ne reconnaît ni l'œdème du
cerveau ni l'hydrémie comme causes des convulsions, et il pense
que la saignée chez les éclamptiques donne des résultats désastreux. La jeune accouchée a eu 10 forts accès qui ne reparurent
plus après l'administration du bromure de potassium ; mais
elle resta dans la coma pendant deux jours et deux nuits ; elle
mourut le troisième jour.

On trouva à l'autopsie, comme il arrive presque toujours en pareil cas, un œdème considérable du cerveau et des poumons, ainsi qu'une dégénération graisseuse des reins. Mais ce fut l'examen des uretères qui présenta le plus haut intérêt, surtout au point de vue étiologique. L'aorte abdominale se bifurquait beaucoup plus haut qu'à l'ordinaire ; les uretères, au niveau de leur passage au-dessus de l'artère iliaque commune, se trouvaient coudés à tel point que leur lumière était oblitérée. Au-dessus de cet angle, les deux uretères se montraient minces comme un tuyau de plume, mais, au-dessus, l'uretère droit était dilaté comme le petit doigt ; à gauche, le conduit atteignait la grosseur du pouce. Le professeur Kündrat, qui dirigeait l'autopsie, avait eu récemment l'occasion d'observer un fait semblable. Ces observations donnent la démonstration palpable

qu'un arrêt du cours de l'urine est la cause productrice du mal de Bright et de toutes ses conséquences fâcheuses.

Dr Albert VEILLARD.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Discussion sur les fistules recto-vulvaires. — M. TILLAUX a vu, pour la première fois en 1859, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gosselin, une femme atteinte de fistule recto-vulvaire. Dolbeau avait d'abord incisé le périnée, sans doute pour le restaurer ensuite, M. Gosselin fit la périnéorrhaphie, mais la fistule se reproduisit. La malade, suivie pendant plusieurs années conservait toujours une fistulite ano-vulvaire. Elle s'est mariée, et la fistule a passé inaperçue.

Une autre de nos malades est celle dont M. Verneuil a parlé dans sa communication. Je lui fis la périnéorraphie, la fistule persista.

Même insuccès opératoire sur une malade de la ville, opérée à deux reprises.

Pour une quatrième malade, russe, opérée trois fois sans succès à Saint-Pétersbourg, je fis construire une pince à anneaux de 11 à 12 millimètres dans leur grand diamètre; et, après avoir fait un large avivement en surface, comme le conseille M. Trélat, je fis une suture à bouton, j'introduisis un des anneaux recouvert de baudruche dans le rectum, l'autre restant placé sur la vulve. La pince resta en place; la guérison fut complète.

Une cinquième malade portait une autre variété de fistule, celle-ci consécutive à un abcès.

Il y a en effet deux sortes de fistules recto-vulvaires; les unes consécutives à l'accouchement et dues à une rupture du périnée; elles se produisent, que la restauration ait été spontanée ou due à l'œuvre du chirurgien; les bords de la fistule sont alors minces, comme parcheminés.

Les autres se montrent à la suite des abcès de la cloison; elles

ont alors un trajet et ne sont plus un simple orifice comme la première variété; elles guérissent plus rapidement. Ma malade a guéri par la cautérisation au galvano-cautère.

En résumé, sur quatre fistules de la première variété, une seule a guéri. Mes observations montrent donc bien aussi la difficulté du traitement de cette lésion.

M. Trélat. Une jeune femme, dont j'ai parlé dans ma première communication a été opérée par mon procédé. Je crois à une guérison.

A propos de la nomenclature de ces fistules, celles que M. Verneuil nomme recto-vulvaire, devraient plutôt être appelées recto-vaginales, car c'est dans le vagin qu'elles s'ouvrent. Ce sont les plus communes et les plus difficiles à guérir. Dans mon procédé, l'emploi de la pince de M. Tillaux est impossible ; le mode de suture ne le permet pas. Pour protéger davantage la fistule contre le passage des gaz ou des matières, je compte ajouter à mon opération une suture faite du côté du rectum, et comprenant la muqueuse, celle-ci ayant été refoulée en bas vers le vagin, selon le procédé de retournement de M. Tarnier.

M. Verneuil répond à M. Tillaux qu'il considère la présence de corps étrangers dans le rectum comme un danger: je pense que, dans la plupart des cas, la pince ne serait pas tolérée.

Au sujet de la nomenclature, ce n'est pas deux, mais trois variétés qu'il faudrait admettre : les fistules recto-vaginales supérieures s'ouvrant plus ou moins haut dans le vagin; les fistules recto-vaginales inférieures qui s'ouvrent à la limite supérieure du triangle périnéal ; elles se montrent après l'accouchement ou la périnéorrhaphie ; elles peuvent être placés très bas, car après l'accouchement, le périnée s'amincit, la cloison recto-vaginale est pour ainsi dire prolongée ; enfin, les fistules recto-vulvaires qui traversent le périnée.

On pourrait encore les diviser en fistules temporaires, dont la dernière de M. Tillaux nous offre un exemple, et en fistules permanentes qui ne peuvent guérir que par une opération anaplastique.

M. Trélat. Les accoucheurs disent que ces fistules sont consécutives à la compression de la cloison ; je ne crois pas que cela soit exact. Au moment de la sortie de la tête, il se fait une déchirure incomplète de la partie inférieure du périnée; en même temps, au-dessus de ce point, le périnée et la cloison s'amincissent, et il se fait là une rupture incomplète, une déchirure qui formera bientôt la fis-

tule, située au-dessous de la déchirure périnéale. Si l'orifice vaginal de la fistule paraît être plus antérieur, cela tient à la déchirure du périnée qui agrandit la vulve. Mais, en réalité, le périnée étant reconstitué, l'orifice est assez profondément placé. Dans l'opération il faut avoir soin de rétablir tout ce qui a été déchiré.

M. Monod demande l'avis de ses collègues au sujet d'une malade qu'il doit opérer.

L'orifice de la fistule est immédiatement rétro-vulvaire, le trajet traverse le périnée, et l'orifice profond est à 2 centimètres dans le rectum; la fistule est consécutive à un abcès. La dilatation de l'anus avec la méthode américaine, la cautérisation galvano-caustique me semblent avoir fait perdre un peu de tissu. J'ai pensé à faire la section complète du périnée, et à faire la périnéorrhaphie après avivement ou raclage du trajet fistuleux.

M. Le Dentu possède une observation dont le détail se rapproche de celles de M. Trélat. L'état général de la malade étant mauvais, il n'a eu qu'un demi-résultat, la fistule s'étant reproduite, mais plus petite qu'avant.

M. Guéniot ne partage pas l'opinion de M. Trélat sur la production de ces fistules ; il n'a jamais vu de rupture partielle du périnée et de la cloison avec conservation d'un pont entre les deux déchirures.

M. Desprès conseille à M. Monod d'appliquer le procédé de dérivation dont il a parlé dans la séance précédente.

M. Labbé, en 1872, chez une malade déjà opérée sans succès a fait la section complète du périnée suivie de la périnéorrhaphie; le succès fut complet. Ce procédé lui semble avantageux quand la fistule est d'une certaine grandeur.

(*Séance du* 3 *mai* 1882.)

R. Chenet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Torsion du pédicule dans un kyste dermoïde au début. — M. Doran rapporte l'observation d'une femme, âgée de 32 ans, chez laquelle, après avoir enlevé une tumeur dermoïde de l'ovaire gauche, il en découvrit une seconde siégeant à l'ovaire droit. Son pédicule était long, tordu et transformé entièrement en tissu fibreux. La ma-

lade éprouvait de grandes douleurs, non proportionnées au volume de la tumeur; il croit que l'état du pédicule de la petite tumeur était la véritable cause de ces symptômes.

Enlèvement accidentel de l'utérus. Guérison. — M. Hopkins Walters présente un utérus avec un ovaire, une trompe et un lambeau d'épiploon, qu'une sage-femme avait enlevés, croyant retirer un placenta adhérent. La malade guérit très bien.

Oophorectomie pour des fibromes utérins. — M. Thornton présente les ovaires et les trompes qu'il a enlevés, chez une femme âgée de 44 ans, pour arrêter des métrorrhagies symptomatiques de fibromes utérins. Les ovaires étaient augmentés de volume et kystiques; les trompes étaient obstruées à leur extrémité et remplies de liquide demi-purulent. Il a enlevé les ovaires cinq fois pour des fibromes et une fois pour un kysto-fibrome de l'utérus. Une fois le succès a été partiel, dans les autres cas, l'hémorrhagie a cessé et au bout de quelques mois l'utérus était atrophié.

Utérus au moment de la menstruation. — Le Dr Griffith présente des coupes microscopiques faites sur l'utérus d'une femme âgée de 29 ans, accouchée cinq mois auparavant, et morte d'un abcès du foie, au moment où elle attendait ses règles. La muqueuse était épaissie, rouge, infiltrée de sang, mais non détachée ni dégénérée. La couche sous-épithéliale de la tunique interne des artères du tissu musculaire était très épaissie. On observe toujours cet épaississement après l'accouchement.

Tumeur fibreuse de l'ovaire. — Le Dr Carter présente une tumeur de l'ovaire droit, pesant 3 livres, qu'il a enlevée chez une femme de 29 ans. Elle est formée de tissu fibreux homogène, avec une quantité variable de fibres lisses. Elle était située dans le bassin, où elle exerçait de la compression qui déterminait de l'ascite et de l'œdème des jambes. On fit le drainage et la malade guérit.

M. Doran fait remarquer que, dans un cas rapporté précédemment, on avait cru tout d'abord que la tumeur était un fibrome, puis que l'on avait reconnu après que c'était un sarcome. Dans l'observation de M. Carter, la présence de l'ascite serait en faveur du sarcome. Il est très difficile de distinguer les cellules fusiformes du sarcome de

celles du fibro-myome. On pouvait croire à la possibilité d'un fibromyome de l'ovaire; mais il faut aussi tenir compte des symptômes indiquant la bénignité ou la malignité de l'affection.

Sur la dysménorrhée. — Le Dr Gervis croit que la dysménorrhée chez les femmes célibataires est très souvent acquise. Il est d'accord avec le Dr Williams sur les bons effets de la grossesse. Mais, d'après lui, la stérilité est la règle. Très souvent, il a observé le rétrécissement du canal cervical, soit par sténose, soit par antéflexion ou endométrite. L'ovarite est également une conséquence très fréquente. Il croit que les douleurs menstruelles, attribuées au spasme, ne sont applicables qu'aux cas où il y a obstruction. Il y aurait d'autres variétés de douleurs menstruelles qui dépendent de la congestion utérine et de complications ovariennes.

Le Dr Rought croit que la dysménorrhée est souvent acquise et qu'elle est surtout fréquente chez les femmes stériles. Au commencement de la menstruation, la muqueuse de l'utérus se gonfle et peut déterminer une obstruction, qui n'existe pas à un autre moment. Parfois l'utérus est atteint d'une sensibilité morbide, par suite d'uue inflammation chronique. Ce qu'il reproche surtout au mémoire du Dr Williams, c'est d'avoir négligé de parler des déviations comme cause de dysménorrhée. Il a parfois trouvé la cavité utérine tordue sur elle-même, ce qui lui a fait donner le nom d'utérus en tire-bouchon. Il a observé des cas où un utérus en état de vacuité pouvait se contracter et vaincre ainsi l'obstruction, ce qui donnait lieu au symptôme dysménorrhée.

Le Dr Smith regarde la dysménorrhée simplement comme un symptôme. Presque toutes les femmes qui en souffrent sont stériles. Les modifications du flux menstruel sont différentes selon que la dysménorrhée est utérine ou ovarienne. L'érosion, l'éversion, le catarrhe, l'hyperplasie aréolaire, l'ovarite et la périmétrite sont plutôt des causes de la dysménorrhée que ses conséquences. L'hypertrophie consécutive est plus souvent due à la subinvolution. Le genre de douleurs diffère dans la dysménorrhée utérine et dans la dysménorrhée ovarienne.

Le Dr Galabin est d'accord avec le Dr Williams sur la fréquence avec laquelle on trouve des lambeaux de membrane dans le liquide menstruel. Pendant la menstruation, l'utérus est le siège d'une congestion active intense et la dysménorrhée est secondaire.

Le Dr T. Smith croit que la diathèse urique est une des causes fréquentes de la dysménorrhée.

Le Dr Walters pense que, chez les célibataires, la dysménorrhée reconnaît souvent pour cause une vie sédentaire et la constipation qui détermine de la congestion et des changements consécutifs secondaires.

Le Dr Hayes a remarqué la coïncidence de la dysménorrhée avec l'existence d'un col conique et d'un orifice externe petit ; cette forme de col serait, d'après lui, une continuation de l'état fœtal.

Le Dr Williams répond que son travail se rapporte à la dysménorrhée primitive seule. On a trouvé des glandes dans les membranes expulsées, bien que souvent leur épithélium n'existât plus. Dans la grande majorité des cas, l'orifice externe était normal et il ne croit pas que la rétention ait pu être invoquée comme cause. Pour lui, la douleur est due à un spasme causé par une irritation périphérique et, la plupart du temps, la sténose n'y est pour rien. Dans son travail, il ne s'est pas occupé de la dysménorrhée ovarienne ; du reste, rien ne prouve que les ovaires règlent le flux cataménial. Pour lui, la congestion existe dans certains cas, mais non dans ceux où la dysménorrhée survient à la puberté. Quand la dysménorrhée détermine de l'ovarite, généralement les malades sont stériles.

(*Séance du 7 juin* 1882).

Paul Rodet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses,
par Verneuil.

Ce travail constitue une des monographies les plus complètes sur le sujet dont il est question. Les nombreuses observations personnelles de l'auteur montrent quel soin tout particulier a présidé à sa rédaction. Tout d'abord, M. Verneuil nous montre les rapports de la

tuberculose et des lésions de l'appareil génital, et passe en revue les diverses opinions : celle d'Aran, qui regarde l'affection utérine comme primitive, et la tuberculose comme secondaire ; celle de M. Bernutz, à laquelle l'auteur se range, qui nous montre la tuberculose débutant plutôt chez des femmes atteintes d'affections utérines, par suite de ce fait que la diathèse envahit de préférence des organes déjà malades. La tuberculose peut envahir des organes génitaux sains comme on l'observe chez des vierges et des enfants : elle peut encore être primitive et éclater d'emblée dans l'appareil génital. Enfin un dernier rapport, mais qui n'est pas le plus facile à expliquer, c'est que bien qu'il n'y ait pas de tuberculisation des organes génitaux la tuberculose favorise l'inflammation du péritoine pelvien.

L'organe sur lequel retentit le plus vivement la tuberculose, c'est le péritoine, qu'on pourrait appeler avec M. Brouardel le réactif de l'état pathologique des organes génitaux. Ses inflammations se présentent sous trois formes : 1° la pelvipéritonite tuberculeuse miliaire, c'est la plus rare, elle coïncide la plupart du temps avec les deux autres formes ; 2° la pelvi-péritonite séro-adhésive, dont la lésion caractéristique est la présence de néo-membranes, siégeant surtout dans le cul-de-sac recto-utérin, et établissant des déviations et des rapports anormaux, englobant différents organes et n'en formant plus qu'une masse, comme le paquet tubo-ovarien, constitué par un enroulement de la trompe autour de l'ovaire, et qui, entraîné par son propre poids est fixé soit à la face postérieure du ligament large, le long du bord de l'utérus, soit à sa face postérieure ; 3° la pelvi-péritonite tuberculeuse purulente, la véritable orchite féminine de M. Bernutz, caractérisée par un épanchement purulent dont l'enkystement est la règle. Dans les trompes, l'affection tuberculeuse porte surtout sur les deux tiers externes où la trompe est allongée, dilatée, au point d'acquérir le volume du pouce, et forme des replis comme une circonvolution cérébrale. La muqueuse est transformée en un magma caséeux, et la tunique musculeuse est infiltrée du dépôt tuberculeux. Dans l'ovaire, la tuberculose présente deux formes : 1° une infiltration granuleuse qui atteint d'emblée tout le parenchyme ; 2° la tuberculose en foyers contenant des granulations à toutes les périodes de leur évolution. Dans l'utérus on ne trouve des lésions que dans la muqueuse. Celles-ci sont constituées par un magma caséeux qui remplit la cavité utérine et dont le point de départ se trouve

dans le tissu conjonctif sous-épithélial. Une autre lésion qui est assez rare, c'est l'ulcération tuberculeuse du col utérin, dont le Dr Verneuil donne la description suivante : « L'ulcération tuberculeuse ne siège pas tout autour du méat utérin, c'est une lésion bien limitée occupant une des lèvres, à une distance variable de l'orifice, pouvant se continuer dans le vagin. Les bords sont taillés à pic, arrondis, festonnés ; le fond, déprimé en godet, est recouvert plus ou moins complètement d'un enduit grisâtre caséeux, sous lequel on trouve une surface d'un rouge vif. Près de l'ulcération ou sur ses bords, on peut voir des grains jaunes, légèrement saillants, durs au toucher, ne laissant sourdre aucun liquide quand on les pique. » Enfin un dernier organe, le vagin, peut être atteint par la diathèse tuberculeuse. Les ulcérations qu'on y observe sont généralement petites, en godet et ressemblent beaucoup à celles du col.

On voit, d'après ce court aperçu, que la question a été traitée sous tous ses points de vue et qu'aucun côté n'a été négligé. Nous ne pouvons donc qu'engager nos lecteurs à consulter ce travail des plus consciencieux, où il trouvera des faits en grand nombre et surtout bien observés.

Paul RODET.

REVUE DES JOURNAUX

Tumeur dermoïde de l'ovaire chez une enfant âgée de 7 ans ; ovariotomie ; guérison, par THORNTON. — Dans l'été de 1880, la mère de cette enfant avait remarqué que l'abdomen augmentait de volume et qu'on trouvait au-dessus du pubis une tumeur mobile de la grosseur d'une orange. Au mois d'octobre de la même année, l'enfant en courant sur le gazon, tomba sur le ventre, et bien que la chute n'ait pas été violente, elle fut suivie d'un état de collapsus immédiat auquel succéda une péritonite généralisée grave qui céda au bout de quinze jours. Quand le tympanisme fut dissipé, on constata une tumeur dure, remplissant presque la moitié droite de l'abdomen. Au mois

d'avril 1881, M. Thornton appelé en consultation trouva l'enfant dans l'état suivant :

Le côté droit de l'abdomen était distendu par une tumeur dure, élastique, dont certaines parties présentaient une consistance osseuse tandis que d'autres étaient molles. Il n'y avait pas de fluctuation bien distincte. La tumeur était plus saillante à droite et au-dessus de l'ombilic, mais, en réalité, elle remplissait tout le côté droit de l'abdomen. Le côté gauche était complètement libre et le long du bord supérieur gauche de la tumeur on pouvait délimiter quelques anses intestinales qui adhéraient à la masse. La tumeur possédait une mobilité considérable, de telle sorte que, quand la malade s'appuyait sur le côté gauche, la tumeur se déplaçait vers le centre. L'état général était bon. Un examen attentif fit exclure l'idée d'une origine rénale ou hépatique, mais il fut impossible de dire si l'on avait affaire à une tumeur dermoïde ou maligne. D'un côté les commémoratifs ainsi que l'état général paraissaient devoir faire porter un bon pronostic, tandis que d'un autre côté le développement rapide, la forme particulière et la consistance, variable dans les différentes parties de la tumeur, pouvaient faire penser à la possibilité d'un sarcome mixte. On fit une ponction exploratrice, sous le spray, et l'on retira un liquide muqueux, glaireux, qui provenait probablement de l'ovaire. Au microscope on trouva les cellules granuleuses de l'ovaire ainsi que de grandes cellules rondes granuleuses qui ne vinrent pas du tout éclairer le diagnostic. Sur l'avis de MM. Spencer Wells et James Paget, on décida de faire une incision exploratrice, en se réservant de ne pas aller plus loin, si l'on se trouvait en présence d'une tumeur maligne.

Le 14 avril, l'auteur pratiqua donc l'ovariotomie, selon les procédés ordinaires, et, après avoir détaché les adhérences intestinales mésentériques et épiploïques, il retira une tumeur qui pesait 2k,100. L'opération avait duré une heure. On replaça la malade dans son lit après lui avoir donné de l'opium. La température était de 36°, le pouls battait 120 et la respiration était de 36 à la minute. La température s'éleva un peu pendant deux jours, puis revint à la normale. Les sutures furent enlevées le dixième jour, et le quinzième jour la malade se levait, deux jours après elle se promenait.

Cette observation est intéressante en ce que c'est un des rares cas où l'on ait trouvé une tumeur de l'ovaire chez une enfant aussi jeune et où l'on ait pratiqué l'ovariotomie. Le résultat de l'opération est

venu justifier la décision qui avait été prise de faire une incision exploratrice. C'eût été vraiment un malheur que de laisser mourir cette petite fille sans intervenir. Il est digne de remarque que dans les cas de ce genre observés chez les enfants, les tumeurs ont toujours été de nature dermoïde et probablement d'origine congénitale. (*British med. journal*, 10 déc. 1881, p. 933.) Paul Rodet.

Anomalie non décrite des organes masculins, par le Dr G. Schrumpf de Wesserling. — Nous avons à enregistrer une anomalie curieuse des organes génitaux chez un enfant mâle. On trouve chez lui une enveloppe comme un scrotum renfermant à la fois tous les organes génitaux externes. Le prépuce seul est formé; il est long de 3 à 4 millimètres, très rétréci, mais permet cependant de constater un orifice naturel donnant issue à l'urine.

Les corps caverneux existent et longent la partie antérieure du sac commun, tout en faisant une légère saillie permettant à l'œil de deviner leur position. De face l'enfant semble bien conformé, la verge paraissant reposer sur le scrotum; mais on ne peut la soulever car elle fait partie intégrante du sac commun. Avec les doigts on constate la conformation régulière des corps caverneux et leur insertion normale.

A l'âge d'un an, avec le concours de M. le professeur Eugène Bœckel, on cherche, par une petite opération, à remédier à cette anomalie.

On soulève avec trois doigts les corps caverneux de façon à attirer du côté du pénis le plus de peau possible. On sectionne alors, parallèlement aux doigts et aux corps caverneux, la peau dans une étendue de 3 centimètres environ. Cette section faite, on a une verge dont le fourreau est ouvert en arrière et un scrotum ouvert à la partie antérieure. (On pourrait comparer ici l'anomalie à celle qui existerait si le pouce était palmé avec le reste de la main. La main représenterait le scrotum, le pouce les corps caverneux. L'opération serait analogue à la section de la membrane unissante, à la suture inférieure du pouce et à celle antérieure de la main.) Six sutures entortillées constituent un fourreau à la verge et trois autres forment le scrotum.

Dans la même séance on opère le phimosis. On pratique l'incision dorsale, puis on tend les deux lèvres de la plaie et on les excise obliquement de manière à faire un ovale dont la grosse extrémité correspond au frein que l'on respecte pour éviter toute tension aux sutures de la verge nouvellement constituée. Les sutures des deux feuillets préputiaux sont faites avec du catgut fin.

Au bout de trente-six heures, on enlève les épingles en soutenant la suture à l'aide de petits ponts formés par des brindilles de ouate collodionnée; on abandonne à elles-mêmes les sutures au catgut.

Quelques jours plus tard, la réunion est parfaite et l'enfant régulièrement conformé.

Cette anomalie présente, au point de vue embryologique, un fait très intéressant, savoir l'arrêt possible de développement du tubercule génital aux dépens des replis génitaux qui viennent l'envelopper.

On sait, en effet, qu'avant que tous les organes génitaux externes soient constitués, il existe un état indifférent qui précède la distinction des sexes. Dans la sixième semaine, avant même que la division du cloaque, en ouverture anale et ouverture uro-génitale soit faite, paraît en avant du cloaque un tubercule, tubercule génital, qui se trouve bientôt entouré par deux replis cutanés, replis génitaux. Ces deux replis qui vont constituer les grandes lèvres chez le type féminin, se soudent sur la ligne médiane pour former le scrotum chez l'homme. Cette soudure se sera faite trop tôt aux dépens du tubercule génital qu'elle aura englobé.

Quant au diagnostic, il ne peut être question ici que d'un arrêt de développement. Nous ne citerons l'éléphantiasis du scrotum que pour l'éliminer. Il n'y avait ni hypertrophie, ni œdème, ni altération aucune de la peau même du scrotum.

Nous avons en vain parcouru la littérature médicale pour trouver un cas analogue; aussi avons nous cru bien faire en le livrant à la publicité. (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, n° 12, 1881).

Emploi des vésicatoires chez les enfants. — M. Archambault publie dans le numéro du 27 mai du *Progrès Médical*, une série de considérations sur l'emploi des vésicatoires chez les enfants. Les vésica-

toires sont très usités dans la thérapeutique infantile et employés souvent très légèrement, soit en ce qui concerne leurs véritables indications, soit dans leur application en elle-même. Chez l'*adulte*, pour produire son effet, un vésicatoire doit rester en place de *sept* à *douze heures*, plus au moins, suivant les régions. Chez les enfants il en est autrement. Chez un *petit enfant*, pendant le cours de la première année, il suffit que la vésication reste en contact avec la peau pendant *une heure*, une heure et demie, *deux heures au maximum*, pour que l'épiderme se soulève et qu'il se forme une cloche. Si celle-ci n'est pas constituée après ce temps, il n'est besoin, pour l'obtenir, que d'appliquer sur la surface qu'a recouverte le vésicatoire un *cataplasme* de mie de pain et de lait, ou de fécules de pomme de terre, et le soulèvement de l'épiderme, par une abondante sérosité, ne tarde pas à se faire après une heure environ. Chez les enfants de *cinq ans*, *quatre heures* suffisent pour la vésication.

Il résulte de l'application trop prolongée d'un vésicatoire chez l'enfant, une recrudescence intense de la fièvre, une agitation qui peut aboutir à des convulsions, et, localement, une plaie qui dure beaucoup plus que la maladie dans certains cas. La cantharidine, pénétrant à travers des tissus très mous et imbibés de sucs, pénètre presque jusqu'à la face profonde du derme et détruit ou altère la peau dans la plus grande partie de son épaisseur. Il n'y a pas lieu de s'étonner ensuite du temps qu'il faut pour guérir ces sortes de brûlures au troisième degré et de leur tendance à s'ulcérer.

La première précaution à prendre consiste donc à ne pas laisser le vésicatoire appliqué trop longtemps. En second lieu, il importe, chez l'enfant, de recouvrir l'emplâtre vésicant d'une feuille de papier de soie non gommé et huilé. Elle empêche la pénétration trop rapide de la cantharidine. C'est le procédé indiqué par Bretonneau. En troisième lieu, il faut avoir soin de donner une petite dimension à l'emplâtre vésicant, et se souvenir que la région à couvrir d'un vésicatoire est plus de trois ou quatre fois moins étendue, selon l'âge, chez un enfant, qu'elle ne l'est chez un adulte.

Il importe également de tenir compte de l'état du sujet et de ne pas se servir de ce dur moyen de guérir chez les enfants amaigris, dont la nutrition se fait mal, qui sont atteints d'une affection chronique épuisante. Le premier effet du vésicatoire est d'ébranler leur système nerveux par la douleur et d'ajouter à la faiblesse par la perte du liquide, sérosité et pus, à laquelle il donne nécessairement lieu.

M. Archambault rappelle le grave danger que présente l'application d'un vésicatoire dans la diphthérie. Peu de médecins, il faut le reconnaître, à l'heure présente, appliquent des vésicatoires au cours d'une angine couenneuse ou d'un croup. Mais un grand nombre s'en servent pour combattre la laryngite grave ou la laryngite striduleuse. En cela, ils ont le plus grand tort : d'abord, parce que l'avantage que retire, en pareil cas, un petit malade, d'un vésicatoire appliqué sur la région laryngée est plus que problématique, et que, d'un autre côté, comme dans ces cas, le diagnostic reste toujours un peu incertain et qu'il peut s'agir d'un croup d'emblée, le vésicatoire, s'il en était ainsi, deviendrait la source d'embarras extrêmes et la cause d'une aggravation de la condition du malade, cause capable d'entraîner la mort.

Dr Octave Gourgues.

Cas de chorée puerpérale, par Paul Mundé. — La patiente, âgée de 23 ans, entrait à la Maternité de New-York, le 28 septembre 1881, en travail de son troisième enfant. Elle était anémique, avait vécu pauvrement dans un milieu malsain et avait eu à subir les mauvais traitements de son mari. Quand l'auteur la vit pour la première fois, elle était affligée de mouvements convulsifs de la face, du corps et des extrémités, ressemblant beaucoup à ceux de la chorée. Les contorsions étaient bi-latérales, et réparties à peu près sur tous les muscles volontaires du corps. Son intelligence était absolument nette et elle racontait que, deux mois auparavant, elle avait été prise de mouvements convulsifs qui d'abord commencèrent dans le bras droit, augmentèrent graduellement et s'aggravèrent. Les attaques étaient beaucoup plus sérieuses depuis qu'elle était tombée en bas d'un escalier, trois ou quatre jours avant son admission. Pendant ces deux mois elle a beaucoup souffert d'insomnie. Le jour de son admission, à cinq heures du soir, elle accouchait sans accident d'un enfant bien portant, pesant à peu près 10 livres, et, par conséquent, indubitablement à terme. On fut forcé de lui donner du chloroforme pour la tenir sur son lit pendant le travail, et subséquemment ses convulsions et ses contorsions s'accrurent tellement qu'il devint nécessaire de la maintenir avec les mains. Elle avait toute sa lucidité d'esprit

et paraissait effrayée d'être prise pour une folle. Elle disait qu'elle sentait parfaitement ses mouvements involontaires, mais qu'il lui était impossible de les arrêter. Plus tard, dans la soirée, ils devinrent plus violents encore et on fut forcé de la chloroformiser, parce que ni la morphine ni le bromure de potassium n'agissait. Elle dormait parfois pendant une heure après l'inhalation, si le bruit le plus léger, tel qu'un éternuement, ne réveillait ses attaques aussi subites que violentes, ce qui rendait presque impossible de la maintenir sur son lit, jusqu'à ce qu'on l'ait de nouveau chloroformisée.

De bonne heure dans la soirée, on lui donnait par voie hypodermique, 1/4 de gramme de morphine. Les pupilles furent contractées toute la nuit et le matin elles étaient encore resserrées. La respiration devint très lente et profonde mais non stertoreuse. A un moment donné, il n'y avait plus que six inspirations par minute. Le pouls était rapide, pas de sueur appréciable. La moindre chose continuait à exciter la malade, mais pendant le réveil, les contractions étaient moins intenses et les respirations plus fréquentes.

On la maintenait alors plus facilement sous l'influence anesthésique. Vers le point du jour on lui fit prendre du chloral et des stimulants, Le nombre des inspirations croissait lentement et était à 8 heures 30 de 14 par minute. Les pupilles étaient contractées et l'irritabilité réflexe beaucoup moins grande, à dix heures. Température 100 1/2 Farh. ; pouls, 100. Respiration, 20. Pendant la journée, amélioration notable, chloral, bromure et wieskey. Quand on' l'excitait, elle fronçait le sourcil et grinçait des dents. C'est dans l'après-midi que l'auteur la vit pour la première fois, ses mouvements convulsifs ressemblaient absolument à ceux de la chorée, mais sa manière particulière de fermer les yeux, l'absence de contorsions pendant la palpation, et le toucher vaginal, le porta à douter de l'exactitude du diagnostic et soupçonna le début possible d'une attaque de manie puerpérale.

A ce moment, on hésitait entre une chorée, une manie puerpérale au début et l'hystérie. La marche ultérieure de la maladie montra que c'était bien une chorée. On trouva le cœur normal ; l'urine était exempte d'albumine et de phosphate en excès.

Le 30 septembre, second jour après l'accouchement, la malade était calme, somnolente et on ne la faisait parler qu'avec peine. Les pupilles étaient un peu plus larges que normalement. On continua à donner du chloral, du bromure et des stimulants. Le ventre est sen-

sible à la pression, mais la nuit a été calme. Dans la matinée, la malade semblait dans un état demi-comateux avec dilatation des pupilles. On avait beau lui parler, l'examiner, elle ne disait rien, mais si on continuait à l'exciter, elle fronçait les sourcils et grinçait des dents. Temp., 103 3/4 Farh.; pouls, 126, resp., 36.

Pendant toute la nuit, la situation resta la même, mais par moments elle poussait un cri prolongé et on observait des mouvements choréiformes. Le lendemain, légère amélioration. Le 3 octobre, elle est plus irritable, elle fronce le sourcil quand on s'approche d'elle. Les mouvements convulsifs sont décidément moins marqués, et la malade peut rester éveillée sans prendre de médicaments. Le lendemain matin, on note quelques symptômes de manie aiguë, et dans l'après-midi on la transporte dans une maison de santé, où elle est confiée aux soins du médecin résidant, le D[r] Thomas Gount, qui a bien voulu renseigner l'auteur exactement. Il la trouva en proie à une manie d'un type doux, mais avec chorée violente. La semaine suivante son état s'améliora rapidement sous l'influence de la teinture de jusquiame, qui fut d'abord ordonné à petites doses, puis à doses plus élevées, jusqu'à ce que ses effets physiologiques se fussent montrés. On lui donna de plus de l'opium, du chloral, du bromure de potassium.

La chorée commença à diminuer avant les symptômes cérébraux, et, avant la fin de la seconde semaine, elle était tout à fait raisonnable. Les contractions diminuèrent peu à peu, celles des mains et des pieds furent les dernières à disparaître. La guérison survint enfin. Les règles reparurent au bout de trente-trois jours. L'enfant continue à se bien porter.

La chorée pendant la grossesse est chose rare; en 1874, Fehling en rapporta 68 cas, et Spiegelberg, en 1878, 69 cas, dont 20 morts. Ces cas de mort étaient dus à des lésions du cerveau, de la moelle, du cœur, des reins. Barnes, dans le mémoire qu'il a lu à la Société obstétricale de Londres, en 1869, localisait la lésion dans le corps strié, où il y avait une dégénérescence graisseuse partielle. C'est là une opinion inexacte. D'après Fehling, la chorée serait due à une irritation réflexe partant des organes génitaux. Chez notre malade, l'anémie, l'état malsain de son habitation, les excès de son mari, son anxiété morale, ont été des causes suffisantes pour déterminer l'apparition de la chorée. La démence dont elle a été atteinte montre

que le cerveau a été touché. L'observation est intéressante à plusieurs titres, à savoir :

1° L'apparition de la chorée dans la dernière moitiée de la grossesse ;

2° L'achèvement de la grossesse ;

3° La persistance des mouvements convulsifs après l'accouchement;

4° La guérison de la malade (*The American journal of obstetrics*, january, 1882).

AD. OLIVIER.

Un cas de sécrétion de lait chez un garçon de 10 mois. — Le Dr Lesnewich a examiné un garçon de dix mois, dont les mamelles sécrétaient du lait depuis la naissance. La pression des mamelles fait sortir le lait par poussées ou en jet. Sans pression, le lait sort en gouttelettes. Les mamelles ont la grosseur d'une noisette, l'enfant lui-même se porte bien. La réaction du lait est neutre et le lait ne diffère en rien du lait ordinaire de femme.

Nouvelles de médecine (en russe), 1882, n° 10.

Dr REIMANN (Kiew).

Sur la fréquence des maladies des organes sexuels chez les femmes atteintes de maladies mentales.

Le Dr Danillo voyant de grandes différences dans les chiffres donnés par différents médecins à cet égard (Fick, 10 pour 100, Herzt, 66 pour 100, Verge, 7 pour 100, L. Mazer, 11 pour 100, Landouzy, 50 pour 100, Mercheevski, 80-90 pour 100), a fait des observations dans cette direction dans l'asile Saint-Anne à Paris. Ses résultats sont les suivants :

1° Chez 80 pour 100 des femmes atteintes de maladies d'esprit, se trouvèrent des maladies des organes sexuels. Mais dans ce nombre, 84 pour 100 des femmes se trouvant dans la période de menstruation souffraient de telles maladies, et seulement 28 pour 100 des femmes se trouvant hors de cette période.

2° La maladie prépondérante pendant le temps de la menstruation était l'endométrite après la métrite. En dehors du temps de la men-

struation se trouvait le plus souvent (outre le marasme sénile), l'inflammation chronique de la matrice.

3° Quant aux formes de la maladie mentale, pendant la période de la menstruation on trouva principalement : folie primaire, mélancolie, paralysie progressive, épilepsie, hystérie et dysménie secondaire, hors de ce temps, dysménie secondaire, paralysie progressive, mélancolie.

4° La plus grande partie des femmes malades avait déjà accouché, mais la proportion de ces femmes par rapport à celles qui n'étaient pas encore mères était beaucoup plus grande hors de la période de l'activité sexuelle (44 à 16), que pendant cette période (68 à 52).

Le Médecin (journal russe), 1882, n° 10.

Dr Reimann (Kiew).

VARIÉTÉS

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par M. Bailly, agrégé libre. Dans un excellent travail, publié d'abord dans la *Revue d'hygiène*, reproduit dans les *Annales de gynécologie*, M. le docteur Galezowski préconise surtout, contre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, le badigeonnage des paupières avec un pinceau chargé d'une solution d'azotate d'argent au quarantième. Je n'ai pas à m'élever contre cette pratique, qui est bonne et depuis longtemps en usage à la clinique d'accouchements de la Faculté ; elle conduira sûrement au succès si on l'applique avec les soins qu'elle exige et dont je n'ai pas à m'occuper ici.

Il est toutefois un autre mode de cautérisation des paupières encore plus efficace que les solutions fortes de nitrate d'argent, et je m'étonne qu'un spécialiste du talent et de l'expérience de M. Galezowski n'en ait rien dit dans le travail que j'ai rappelé; il le connaît cependant et l'emploie à coup sûr, c'est l'attouche-

ment des surfaces malades avec un crayon de nitrate d'argent, mitigé par l'addition d'une proportion variable de nitrate de potasse. Conseillé d'abord par Græfe, si je ne me trompe, ce traitement usité, depuis quelques années chez les adultes, est tout aussi applicable aux nouveau-nés: c'est celui que j'ai adopté d'une manière presque exclusive depuis six années, avec un succès qui me confirme de plus en plus dans la confiance qu'il m'a inspirée dès le début. Ses avantages sur les badigeonnages des paupières et, plus encore, sur les instillations de collyres sont multiples; je les résume de la manière suivante :

1° On agit seulement sur la face muqueuse de la paupière et non pas sur toute la face antérieure du globe oculaire, comme le font les collyres et les badigeonnages eux-mêmes, si le pinceau est trop chargé de la solution cathérétique. Aussi le traitement est-il beaucoup moins douloureux, l'action du caustique se trouvant limitée à des surfaces muqueuses peu sensibles, et la cornée, qui l'est beaucoup plus, échappant à cette action quand on a soin de précipiter l'excès d'azotate d'argent au moyen d'une solution de sel marin. En effet, tandis qu'après un badigeonnage ou une instillation de collyre, les enfants crient et refusent le sein pendant une demi-heure et plus, les petits malades se calment et tettent au bout de cinq à dix minutes quand on emploie le crayon mitigé, suivi de la solution chlorurée sodique ;

2° Cette méthode est beaucoup plus expéditive que toutes les autres, une seule application du crayon mitigé suffisant dans la plupart des cas pour amener la guérison, tandis que le badigeonnage doit être renouvelé matin et soir pendant plusieurs jours : M. Galezowski le recommande expressément, et avec raison.

Ainsi donc, en résumé, diminution des souffrances, promptitude d'action, efficacité remarquable, tels sont les avantages qui établissent la supériorité du crayon mitigé sur les autres traitements de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et le recommandent d'une façon toute particulière au choix des praticiens.

Quelques mots maintenant sur le crayon mitigé, sur ses indications, son emploi, et sur les soins consécutifs à donner aux malades.

Du crayon mitigé. — On en fait de différentes forces, mais celui qui me paraît convenir le mieux aux accoucheurs et qui répond bien aux besoins de leur pratique est le crayon *au tiers*, c'est-à-dire celui qui renferme, en poids, un tiers seulement d'azotate d'argent et, par conséquent, deux tiers de nitrate de potasse. On en trouve de tout préparés dans quelques pharmacies de Paris, mais je ne conseillerai à personne d'acheter de ces crayons faits d'avance à causes des erreurs possibles relativement à leur force réelle. Il convient donc de rejeter ces crayons faits d'avance et, quand on a besoin, de les faire préparer par un pharmacien soigneux d'après la formule suivante:

Azotate d'argent.	1 partie.
Azotate de potasse.	2 parties.

Fondez et coulez.

Indications. — Si efficace et si simple que soit la méthode dont il est question, je suis pourtant d'avis qu'elle ne doit s'appliquer qu'aux cas assez sérieux pour exiger un traitement actif, et que bon nombre d'ophthalmies des jeunes enfants peuvent guérir sans cela. Des lavages fréquents de l'œil, opérés avec de l'eau tiède ou avec une infusion théiforme de mélilot, de sureau, etc., suffisent, en effet, pour faire disparaître des ophthalmies légères, et c'est seulement lorsque ces moyens simples auront échoué et dans les cas où l'inflammation palpébrale se montre sérieuse d'emblée, qu'on doit recourir aux cautérisations. Je m'éloigne donc un peu, sur ce point, de M. Galezowski, qui veut que l'on traite de suite avec une certaine énergie les ophthalmies même légères, par cette considération que ces dernières ne sont souvent que le début d'ophthalmies destinées à devenir plus graves et dangereuses. Le précepte donné par notre confrère ne se comprend que pour des enfants qui se trouvent soustraits à toute surveillance ultérieure

rès q'un médecin a constaté le début de la maladie ; il n'est s applicable aux nouveau-nés suivis de près et visités chaque ur; dans ce dernier cas, un praticien attentif pourra toujours vier en temps utile aux progrès du mal.

Mode d'emploi du crayon mitigé. — Ce crayon, ayant la rme et le volume du crayon de nitrate d'argent ordinaire, se xe aussi sur un porte-pierre de trousse. Je l'ai dit précédemment, celui qui renferme un tiers de sel d'argent convient à ous les cas chez les nouveau-nés et quelle que soit l'intensité le l'ophthalmie. Cependant, si la maladie est modérée, on touchera la muqueuse palpébrale plus légèrement que si l'inflammation est grave. Le praticien couche le petit malade en travers sur ses genoux, après lui avoir entouré le cou d'une serviette ou d'un mouchoir, pour éviter de mouiller ses vêtements d'eau salée. Cette solution salée est faite à peu près à saturation, dans un verre qu'un aide tient à votre portée. Renversant la paupière inférieure avec le pouce ou l'index de la main gauche pendant qu'un second aide relève la paupière supérieure, vous mettez à nu la surface muqueuse enflammée et la touchez dans toute son étendue, après quoi, déposant le porte-pierre, vous versez rapident sur la surface cautérisée une cuillerée à café de la solution salée, puis vous abandonnez la paupière. L'enfant crie et s'agite un instant, mais se calme beaucoup plus vite qu'après un badigeonnage ou l'instillation d'un collyre fort. En effet, le sel marin, en précipitant instantanément l'azotate d'argent, arrête de suite l'action du crayon et prévient ces effets douloureux et prolongés de la diffusion du caustique, qui sont presque inévitables avec les solutions du sel d'argent.

Effets de la cautérisation au crayon et soins consécutifs. — Le premier effet d'une cautérisation pratiquée avec le crayon mitigé, comme, du reste, celui d'un badigeonnage ou d'un collyre fort, est d'accroître momentanément la rougeur et les sécrétions oculaires ; mais cet effet dure peu, il s'atténue au bout de quelques heures, et, dès le lendemain, l'œil est beau-

coup moins humide qu'avant la cautérisation. Le boursouflement de la muqueuse palpébrale tombe aussi très rapidement. Les bons effets du traitement ne tardent donc pas à se faire sentir, et, dans la très-grande majorité des cas, cette amélioration se poursuit jusqu'à cessation complète de l'injection et des sécrétions conjonctivales. Une seule cautérisation a suffi pour amener la guérison.

Des lavages fréquents, des instillations faites à l'intérieur des paupières avec de l'eau tiède ou avec l'une des infusions indiquées plus haut, pour enlever les produits de sécrétion morbide à mesure qu'ils se forment, et empêcher leur action virulente, qui ne peut qu'entretenir et accroître le mal : tels sont les seuls soins consécutifs que réclame le traitement. On réitère les lavages toutes les heures, dans les cas graves ; toutes les deux ou trois heures dans ceux d'une intensité moyenne, pour ne pas troubler inutilement le sommeil de l'enfant. On ne les cesse que lorsqu'on voit la sécrétion mucopurulente se tarir ; c'est en général, l'affaire d'une semaine dans les cas d'intensité moyenne, Exceptionnellement, l'ophthalmie exige deux ou plusieurs attouchements au crayon. Après une amélioration évidente de quelques jours, on voit reparaître la rougeur et l'humidité des paupières, ou bien on constate une persistance opiniâtre dans la production d'une petite quantité de muco-pus, qui se concrète pendant le sommeil et a pour effet d'accoler les paupières ; c'est que, dans ces cas, on a omis de renverser convenablement la paupière et de cautériser le sillon oculo palpébral, d'où le mal a rayonné ensuite, comme d'un foyer, sur le reste de la muqueuse, de manière à reproduire la maladie. Une seconde cautérisation devient alors nécessaire, et on doit l'effectuer sans retard, car il importe avant tout de ne pas laisser la maladie passer à l'état chronique et devenir dès lors d'une cure beaucoup plus longue et plus difficile.

(*Gazette des hôpitaux*, février 1882.)

De l'ovariectomie pratiquée pour combattre d'autres affec-ons que des tumeurs abdominales (1), par M. le Dr BROCHIN. - M. Brochin communique en quelques mots l'observation de ois malades auxquelles M. Péan a pratiqué l'ovariectomie our d'autres affections que des tumeurs abdominales.

La première était une femme d'environ 35 ans qui, depuis un grand nombre d'années, souffrait horriblement de névralgies ombo-abdominales paraissant avoir pour siège principal et pour point de départ l'ovaire gauche. Cette malade, qui avait beaucoup voyagé et consulté un grand nombre de médecins et de chirurgiens, n'avait jusqu'ici retiré aucun bénéfice des trai-tements nombreux et variés auxquels elle avait été soumise. Ses douleurs devenaient de plus en plus intolérables et lui rendaient l'existence impossible. Elle avait, en outre, de la dysménorrhée.

En présence de M. le Dr Prat, médecin de la malade, et as-sisté de ses aides habituels, M. Péan fit, sur la ligne médiane de la paroi abdominale, une courte incision, introduisit la main dans la cavité abdominale, saisit l'ovaire gauche, l'attira au dehors et l'excisa après avoir placé sur son pédicule une double ligature. Ce pédicule fut rentré dans le ventre, et la plaie abdo-minale fut suturée. L'opération n'avait pas duré plus de 15 mi-nutes. Cet ovaire était fortement adhérent, volumineux et le siège d'un petit kyste.

Les suites de l'opération, qui avait été pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, furent aussi sim-ples que possible. La malade se levait le 12e jour et, moins de trois semaines après, quittait la maison de santé de Mme Bruant, complètement guérie. Depuis elle n'a plus du tout souffert et est parfaitement bien réglée.

M. Brochin insiste sur la simplicité et la bénignité de cette opération et de ses suites. La malade n'a pas eu de fièvre, sa température est restée à très peu de chose près normale; dès le

(1) Communication faite à la Société de médecine pratique le 19 mai 1882.

second jour, elle demandait à manger. Toutefois il n'en reste pas moins évident que cette opération exige, comme toutes celles de ce genre, de la part du chirurgien une grande connaissance de la gastrotomie.

La seconde malade était une femme plus âgée, véritablement épuisée par des souffrances atroces, contre lesquelles toutes les médications et plusieurs opérations, en particulier le curage de l'utérus, étaient restées sans résultat. Chez cette malade, les douleurs apparaissaient surtout par crises et, comme la précédente, elle était atteinte d'une dysménorrhée des plus pénibles. M. Péan, encouragé par le succès obtenu chez la première malade, fit chez celle-ci la même opération et, comme les douleurs n'étaient pas limitées à un seul côté, il enleva les deux ovaires. L'opération en elle-même et ses suites furent aussi simples que dans le premier cas. Il n'y eut aucun accident, aucune complication. La malade parut tout d'abord soulagée, mais le résultat obtenu dans ce cas ne fut pas aussi satisfaisant que dans le premier. Toutefois, il y eut une très notable amélioration; les crises douloureuses sont bien moins intenses et bien plus éloignées qu'autrefois. Il n'y a du reste pas assez longtemps que l'opération a été pratiquée pour qu'on puisse juger de son résultat définitif.

M. Brochin ne fait que mentionner le troisième cas, la malade n'étant opérée que depuis deux ou trois jours. Il s'agit ici d'une jeune femme, atteinte de névralgies lombo-abdominales atrocement douloureuses et de dysménorrhée pseudo-membraneuse. C'est surtout aux approches des règles qu'elle souffre plus cruellement. L'opération, comme dans les cas précédents, a été des plus simples. La malade va, depuis, aussi bien que possible, mais il faut attendre pour apprécier le résultat définitif.

En terminant, M. Brochin fait observer que les progrès considérables apportés en particulier par M. Péan à la chirurgie abdominale font que l'ovariectomie, quand il s'agit surtout de cas non compliqués, est devenue véritablement une opération simple, non dangereuse et dont les suites sont généralement

es plus bénignes. Dans ces conditions, un chirurgien, surtout xpérimenté comme notre collègue, M. Péan, n'est-il pas autoisé à recourir à cette opération pour combattre certaines affecions autres que des tumeurs abdominales, affections qui font éritablement le désespoir des malades et des médecins, contre esquelles nous sommes jusqu'ici restés désarmés et qui paraisent avoir pour sujet principal et pour point de départ l'un des leux ovaires ou les deux à la fois.

Les résultats obtenus jusqu'ici par M. Péan sont évidemment des plus intéressants et des plus encourageants puisque, sur trois malades, deux se trouvent complètement guéries et la troisième soulagée.

Mais il faut un plus grand nombre de faits pour juger définitivement la valeur de l'ovariectomie dans les cas de dysménorrhées pseudo-membraneuses ou autres, compliquées ou non de névralgies lombo-abdominales rebelles et intolérables.

(*Journ. de méd. de Paris*, 8 juillet 1882.)

Observation tendant à déterminer la durée de l'incubation de la rougeole. — Le nommé L..., enfant de 30 mois, arriva de Rodez à Gaillac le 30 janvier 1874. Une forte épidémie de rougeole existait à Rodez en ce moment, nous n'en avions pas encore eu un seul cas à Gaillac.

Le 27, il avait été pris de malaise, de bronchite, de coryza, de larmoiement; les parents l'avaient mis en route le 30 au matin ; il avait plusieurs fois vomi en chemin de fer.

Arrivé, le 30 au soir, à Gaillac, je fus aussitôt prévenu ; il avait de la fièvre, il toussait, il était brûlant, ses yeux ne pouvaient regarder la lumière. Son corps ne présentait encore aucune trace d'éruption.

Le 31 janvier et dans la soirée, quelques taches apparurent dans le dos.

Le 1er février l'éruption était confluente.

Aussitôt que l'enfant L... était arrivé, le 30 au soir, le fils du domestique de la maison, enfant de 3 ans, avait couru embrasser son

petit ami ; c'est la seule fois que ces deux enfants se sont vus, car le petit domestique partit le lendemain matin pour la campagne.

Le 8 février, le jeune M... (fils du domestique) était ramené à Gaillac. Le soir même il eut du malaise, il ne dina pas.

Le 9, il toussait, il éternuait, ses yeux étaient injectés, larmoyants, l'éruption commença le 12, elle était confluente le lendemain.

Cette observation, qui n'a de valeur que par la précision qu'elle apporte dans les faits, prouve que la rougeole est contagieuse dans la période d'invasion; elle tend à prouver que l'incubation de la rougeole est de neuf jours.

Dr LAVILLE (de Gaillac).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Studi clinici sull' ematocele peri uterino, par le Dr MARTA. Extrait de *Atti dell'ateneo Veneto*, série III, vol. IV.

Quelques observations et expériences gynécologiques et obstétricales, par le Dr PIPPINGSKOLD. Extrait des *Actes de la Société de médecine de Finlande*, Helsingfors, 1881.

Ovariotomy during pregnancy, par le Dr WILSON (de Baltimore).

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère, par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 3e année. — In-8 de 272 pages. Prix, 4 fr.— Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

BRIDES VERTICALES
SITUÉES A L'ORIFICE VULVO-VAGINAL.

Par le Dr de Sinéty,
Médecin adjoint de Saint-Lazare.

L'étude des anomalies éclaire souvent certains points d'embryologie encore obscurs, de même que l'observation clinique a fréquemment mis sur la voie de découvertes anatomo-pathologiques intéressantes. C'est à ce titre, que nous communiquions dernièrement à la Société de biologie (1) trois cas d'anomalies vulvo-vaginales, dont voici la description.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 18 ans, normande d'origine, entrée le 3 juillet dernier, pour une blennor-

(1) Société de biologie, séance du 22 juillet 1882.

rhagie, dans le service dont nous sommes actuellement chargé à Saint-Lazare. Cette malade, nullipare, réglée à 15 ans, enceinte de 3 mois environ, au moment où elle a été examinée, ne présentait aucune autre malformation que celle que nous allons décrire.

En écartant les grandes et les petites lèvres, on voyait (fig. 1),

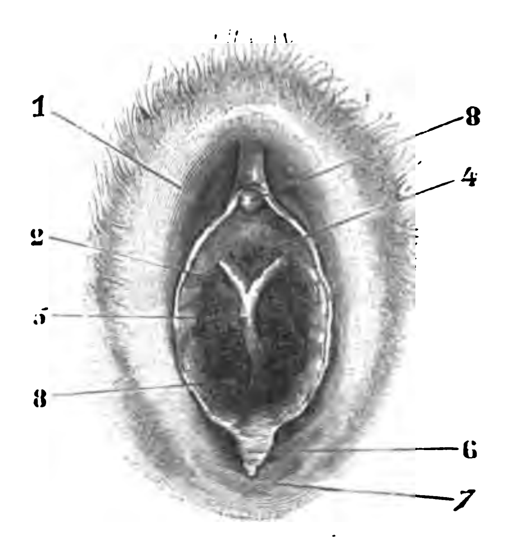


FIGURE 1.

au niveau, ou plutôt à la partie inférieure du vestibule, une saillie de la muqueuse, représentant une sorte de bride arrondie, séparée de la muqueuse sous-jacente dans toute son étendue, excepté à ses points d'insertion. Sa disposition rappelait la forme d'un Y, dont les deux branches supérieures s'inséraient de chaque côté du méat, et la branche inférieure, sur la paroi antérieure du vagin. La muqueuse qui revêtait cette saillie avait la même apparence que celle qui l'avoisinait. L'espace compris entre les insertions supérieures et inférieure mesurait 3 centimètres. La bride, elle-même, était épaisse de 5 à 6 milli-

mètres. En introduisant le doigt entre cette bride et la muqueuse vulvo-vaginale, on donnait lieu à une sorte d'anneau de 2 centimètres de diamètre. A la partie correspondante de la paroi postérieure de l'orifice vulvo-vaginal, on trouvait également une petite saillie conique, se confondant à son point d'insertion avec la muqueuse du vagin, dont elle présentait les rides transversales. Cet appendice mobile, se rétractant sous l'influence d'une excitation quelconque, rappelait, par sa forme et ses dimensions, l'aspect de la luette. Les contractions provoquées attestaient, indubitablement, la présence des fibres musculaires dans les tissus qui le constituaient.

Chez une autre malade, âgée de 48 ans, ayant eu un accouchement à terme il y a 25 ans, nous avons rencontré une disposition presque analogue à celle dont nous venons de résumer les points principaux.

Il existait au niveau du méat (fig. 2) un appendice de plusieurs centimètres de long, s'insérant, en haut, de chaque côté de l'orifice uréthral, libre dans tout le reste de son étendue. Cet appendice, recouvert d'une muqueuse rosée pareille à la muqueuse ambiante, représentait, environ, la longueur de l'orifice vulvo-vaginal. A la partie postérieure correspondante de cet orifice, on voyait une autre saillie de la muqueuse, conique, mobile, se rétractant au moindre contact, en un mot, possédant les mêmes caractères que ceux signalés dans l'observation précédente. Si on compare ces deux descriptions entre elles, on constate que la disposition anatomique était presque identique dans les deux cas.

Quelques points seulement diffèrent. Chez le second sujet, l'insertion supérieure de l'appendice muqueux ne se faisait pas par deux branches séparées l'une de l'autre, comme chez la première malade, et l'extrémité inférieure de cet appendice était libre, au lieu d'adhérer à la paroi antérieure du vagin, comme dans le premier cas.

Quant à la saillie postérieure en forme de luette, elle était semblable chez les deux sujets. Enfin, nous avons eu l'occasion d'examiner une troisième femme, nullipare, bien conformée du

reste, âgée de 20 ans (également d'origine normande), et qui présentait la même disposition anatomique que celle de notre seconde observation, avec la seule différence, que l'appendice muqueux antérieur n'atteignait que la moitié environ du diamètre vertical de l'orifice vulvaire.

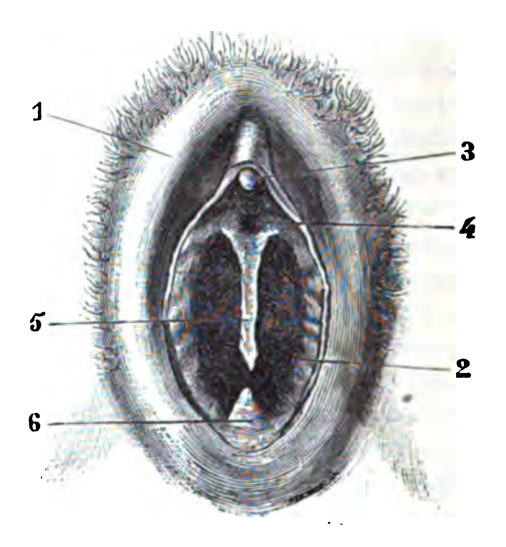


FIGURE 2.

Nous avons vainement recherché, dans les auteurs, une description se rapportant à des faits analogues à ceux indiqués dans nos trois observations. Il est probable qu'un certain nombre de cas de ce genre ont été considérés comme des cloisonnements incomplets du vagin, tels que celui qui a été communiqué à la Société de biologie, par M. Odier, en 1866 (1).

Devons-nous adopter cette interprétation pour les sujets dont il vient d'être question ?

(1) Odier. *Bride verticale située à la partie antérieure du vagin*, Comptes rendus de la Société de biologie, 1866, p. 83.

La correspondance des deux appendices muqueux pourrait faire admettre qu'il y a eu, à une certaine époque, une bride verticale complète, déchirée par les rapports sexuels, comme elle l'avait été par l'accouchement, dans le cas de M. Odier.

La disposition constatée chez notre première malade est peu en rapport avec la supposition d'un cloisonnement vertical de la partie inférieure du vagin, ou d'un hymen biperforé, expressions à peu près synonymes, d'après les récents travaux de notre ami le Dr Budin (1). En outre, l'insertion de la bride ou de l'appendice muqueux, au niveau du méat, ne concorde pas non plus avec l'idée d'une bride vaginale ; celle-ci devrait, ce nous semble, s'implanter plus bas. Enfin, les hymens doubles sont assez rares, pour que Tardieu ait mis en doute leur existence (2). Néanmoins, quoique peu fréquente, cette disposition s'observe de temps à autre, ainsi que le prouvent quelques cas bien décrits, parmi lesquels nous citerons ceux publiés par Roze (3), par Cornil (4) et par Delens (5).

Comme on le voit, la supposition d'un reste de cloisonnement vaginal incomplet, peu probable pour notre première malade, serait plutôt admissible pour les deux dernières, quoiqu'elle nous paraisse encore insuffisante. Aussi, avons-nous cherché d'autres explications.

Peut-on admettre que ces brides ou appendices résultaient d'adhérences s'étant produites pendant la vie intra-utérine, entre les parois du sinus uro-génital ? Nous ne le pensons pas, surtout à cause de la situation constante des appendices muqueux, toujours placés exactement sur la ligne médiane, chez les trois sujets, tandis que des adhérences se produiraient irrégulièrement sur des points divers.

---

(1) Budin. *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal*, Société de biologie et Progrès médical, 1879.

(2) Tardieu. *Attentats aux mœurs*, 6e édition, Paris, 1872.

(3) Roze. *De l'hymen*, thèse de Strasbourg, 1865.

(4) *Journal des connaissances médicales*, 1876.

(5) Delens. *De quelques vices de conformation de l'hymen*, Annales d'hygiène et de médecine légale, 1877.

Ou bien, enfin, y aurait-il eu, dans ces cas, un rudiment de cloisonnement, plus ou moins comparable à ce qui a lieu pour l'individu mâle, à une certaine période de la vie embryonnaire, lorsque se forme le raphé scrotal? C'est là une dernière interprétation que nous n'émettons, bien entendu, que sous toute réserve, et à titre de simple hypothèse.

Au point de vue pratique, les différentes variétés de brides situées au niveau de l'orifice vulvo-vaginal présentent quelque intérêt, dans deux circonstances, qui sont, l'acte génital et l'accouchement. Les rapprochements sexuels pourraient être plus ou moins entravés ou rendus douloureux par cette disposition anatomique. Toutefois, le plus souvent au moins, il n'en est rien, car, sur nos trois malades, une seule s'est plainte de ce que le coït était, parfois, pénible; les deux autres ne se doutaient même pas de la particularité que présentaient leurs organes génitaux.

Pendant l'accouchement, les brides muqueuses se déchirent. le plus ordinairement, d'elles-mêmes, comme dans le fait déjà cité de M. Odier. Sinon, et pour peu qu'elles gênent le dernier acte de la parturition, rien n'est plus simple que de les sectionner au moyen de deux coups de ciseaux. C'est le procédé que nous avons employé pour celle de nos malades qui désirait être débarrassée de cet appendice plus ou moins gênant.

DU TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE CHEZ LA FEMME
PAR LES APPLICATIONS LOCALES ET PERMANENTES DE COALTAR SAPONINÉ.

Par le Dr Fissiaux,
Ancien interne de Saint-Lazare.

La blennorrhagie chez la femme est une maladie assez fréquente ; nous n'en rappellerons pas ici les symptômes. Le but. que nous nous proposons dans ce travail, est d'exposer le plus

brièvement possible les méthodes de traitement les plus usitées de cette affection et d'en décrire spécialement une que M. le Dr Leblond vient d'employer dans son service à Saint-Lazare.

Pour ne pas s'étonner de la multiplicité des traitements employés en général dans l'uréthrite, et pour comprendre la lenteur de leur efficacité, il est utile de parler brièvement de l'urèthre de la femme. Nous ne le décrirons pas dans toutes ses parties, nous parlerons seulement de sa muqueuse ; c'est elle, en effet, qui est atteinte dans la blennorrhagie et c'est dans sa conformation et dans certaines particularités qu'elle présente qu'il faut chercher et trouver la cause de la ténacité de la maladie qui nous intéresse et du peu d'activité des médications employées en général.

Suivant M. le professeur Sappey, « la muqueuse de l'urèthre est très vasculaire ; elle forme des plis longitudinaux que la dilatation fait disparaître (à l'exception d'un seul, sorte de *verumontanum*, et situé sur la paroi inférieure). Sa surface libre est couverte de petits orifices qui donnent passage aux produits de nombreuses glandes en grappe ». Il n'est pas inutile de rappeler ici que les conduits de ces glandes nombreuses sont obliquement couchés d'avant en arrière et que leurs orifices regardent le méat urinaire.

Cette conformation de la muqueuse uréthrale de la femme, ces plis longitudinaux, ces glandes, leur situation, la direction de leurs conduits donnent, comme nous le verrons plus loin et comme il est facile de le comprendre, l'explication de la lente efficacité des divers moyens mis en usage contre la blennorrhagie dont le pus est si contagieux et pénètre partout.

Nous allons rapidement passer en revue les principales médications usitées aujourd'hui. Nous parlerons tout d'abord de la médication interne. Le copahu et le cubèbe la constituent pour ainsi dire à eux seuls et nous nous hâtons de dire qu'ils n'ont absolument aucune action sur la chaudepisse de la femme. Ces agents portés par les urines sur la muqueuse uréthrale sont incapables de la modifier, non pas parce que le canal est trop court, mais parce qu'ils ne peuvent pénétrer dans

les glandules malades et les déterger. A ce sujet, nous nous rattachons pleinement aux idées émises par M. Alphonse Guérin dans son remarquable Traité des maladies des organes génitaux externes de la femme : «Le canal de l'urèthre de la femme, dit-il, est beaucoup plus court que celui de l'homme ; la surface mise en contact avec l'urine chargée de principes médicamenteux est donc moins étendue. L'inefficacité du copahu et du cubèbe est-elle la conséquence de la brièveté du canal ? Je ne le pense pas ; je suis tenté de croire que la direction des glandules de l'urèthre en est seule la cause. » Cette direction empêche en effet le principe actif de ces deux agents de pénétrer dans les glandes et par cela même d'en modifier l'inflammation.

Les traitements externes, ou pour mieux dire directs, peuvent avoir une certaine influence sur la marche de l'uréthrite et en amener la guérison d'une façon plus ou moins rapide. Parmi eux il faut citer les bains ; l'eau pénètre dans la partie antérieure de l'urèthre, la lave, et peut combattre la maladie au début, lorsqu'elle ne siège que sur la muqueuse et les glandes avoisinant le méat.

Le plus souvent les chirurgiens traitent la chaudepisse par les caustiques ; ils cautérisent directement la muqueuse dans toute son étendue avec un crayon de nitrate d'argent laissé quelques secondes dans le canal ou avec une solution forte de sel lunaire. Cette pratique n'amène la plupart du temps que des résultats extrêmement lents ; des hémorrhagies, légères il est vrai, en sont parfois la conséquence. De plus cette application de la pierre infernale est souvent si douloureuse que des femmes refusent de s'y soumettre une seconde fois. Bien souvent enfin l'uréthrite, passée à l'état chronique, résiste à ce traitement durant de longs mois et semble ne pouvoir guérir.

Un nouveau traitement de la blennorrhagie chez la femme vient d'être employé à Saint-Lazare dans le service du Dr Bourreau avec des résultats très remarquables. Tous les deux jours, ce médecin injecte dans l'urèthre malade une solution de permanganate de potasse (1 gramme pour 250 à 500 grammes

d'eau distillée). Cette injection absolument anodine donne des succès rapides; notre ancien collègue et ami, le Dr Gourgues, dans une thèse fort bien faite, a exposé dernièrement ce mode de médication, et les observations nombreuses qu'il a recueillies et publiées à ce sujet sont fort concluantes.

Tous les traitements que nous avons vu employer, à l'exception du traitement par le permanganate de potasse que nous ne connaissons que par le travail cité plus haut, mais que M. Leblond se propose d'expérimenter à son tour, tous les traitements, dis-je, n'ont donné que des résultats lents et difficiles. Aucun d'eux en effet ne peut atteindre la blennorrhagie jusque dans les glandules et les plis longitudinaux de l'urèthre de la femme. C'est là que le pus virulent se cantonne; c'est de là qu'il se propage et va de nouveau contaminer les parties qu'avaient détergées les divers traitements.

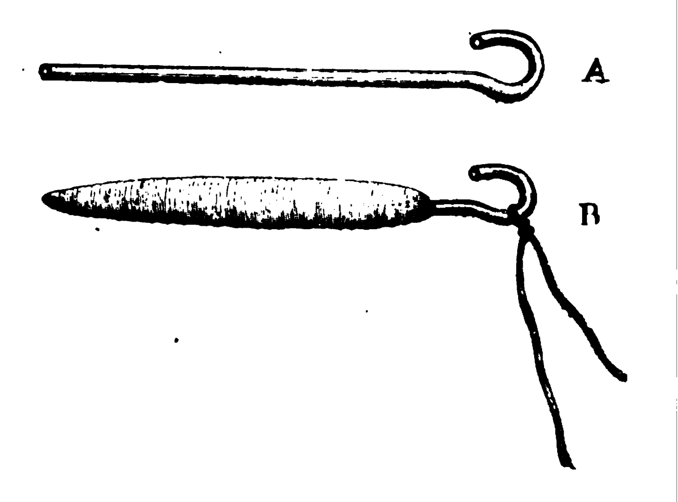
Les parois de l'urèthre, étant normalement accolées, se touchent dans toute leur surface et rendent l'inflammation persistante. Quelques globules de pus placés dans les glandules ou dans les plis longitudinaux de l'urèthre, et dont la virulence n'aura pas été détruite par l'agent modificateur, pourront au bout de quelques heures faire renaître tous les symptômes de l'affection et reprendre de proche en proche par leur multiplication les parties dont on les aura chassés.

En empêchant les différentes portions de la muqueuse de l'urèthre de se toucher. en déplissant les plis de cette muqueuse de manière à permettre à l'agent modificateur de la toucher et de l'imprégner dans toutes ses parties, en maintenant continuellement au contact des surfaces malades un médicament capable de les modifier et de les guérir, on devait arriver à des résultats certains.

C'est un procédé basé sur ces indications que M. le Dr Leblond emploie à Saint-Lazare depuis quelque temps. Nous avons suivi journellement l'application de cette méthode. Elle remplit les conditions énumérées plus haut; en d'autres termes, elle isole les parties atteintes de blennorrhagie et les met en contact direct et prolongé avec un agent curateur.

Comme corps isolant, M. le Dr Leblond eut l'idée de prendre une simple tige métallique recouverte d'une couche de gutta-percha (le fil servant de conducteur pour les sonneries électriques remplit parfaitement le but qu'on se propose).

Cette tige d'une longueur de 6 à 7 centimètres est recourbée en crochet à l'une de ses extrémités (fig. A), puis elle est recouverte d'ouate roulée avec une certaine pression dans presque toute l'étendue de sa partie rectiligne (fig. B).



Comme agent thérapeutique, M. le Dr Leblond emploie jusqu'à présent le coaltar saponiné de Lebeuf. Cet agent donne du reste d'excellents résultats dans le traitement de la vaginite. Notre ancien maître, M. le Dr Siredey, l'employait spécialement dans cette affection. Les propriétés antiseptiques et astringentes du coaltar sont des plus manifestes; les résultats qu'il a produits dans le traitement de l'uréthrite s'expliquent par ces deux propriétés. Ce goudron, parfaitement émulsionné par la saponine, doit agir ici en tuant le microbe qui existe probablement dans le pus blennorrhagique ou tout au moins en empêchant sa multiplication.

L'ouate roulée autour de la tige métallique et absolument

adhérente, grâce à l'enduit de gutta-percha, est trempée dans le coaltar pur. Ce petit appareil des plus simples est introduit dans l'urèthre. On peut avant de l'introduire lui donner la courbure de l'urèthre de la femme dont il ne gêne en aucune façon les mouvements. Un petit fil (fig. B) est attaché au crochet qui termine l'appareil dans le cas où celui-ci viendrait à passer dans la vessie. Ce dernier accident n'est cependant pas à craindre et nous ne l'avons jamais vu survenir. Du reste, le crochet seul par sa forme empêcherait cet accident de se produire.

Une fois l'appareil posé, M. le Dr Leblond engage les femmes à prendre bien soin en urinant de poser le doigt sur le crochet, de manière à l'empêcher de quitter l'urèthre. Ce pansement est renouvelé tous les deux jours.

Ce traitement qui pourrait sembler un peu bizarre, mais qui, dans le fait, n'est que l'emploi d'un tampon uréthral (emploi absolument analogue à celui qui se fait du côté du vagin), n'a jamais occasionné de douleur bien vive, ni d'hémorrhagie. Les femmes qui furent soignées par ce moyen l'ont supporté facilement et sans aucune gêne. Il est absolument inoffensif et donne des résultats très remarquables.

En général, l'uréthrite chez la femme est une maladie qui dure longtemps. Traitée par la méthode décrite plus haut, elle arrive rapidement à la guérison. Nous avons vu des uréthrites qui avaient résisté des trois et quatre mois au nitrate d'argent, céder en deux ou trois semaines au traitement local que nous préconisons. Les observations suivantes en attestent facilement, du reste, la complète efficacité.

OBSERVATION I.

La nommée Eugénie D... entre à Saint-Lazare le 4 décembre 1881, dans le service de M. le Dr Martin, suppléé à ce moment par M. le Dr Oberlin, médecin-adjoint de Saint-Lazare. Cette femme est atteinte d'uréthrite. On la traite suivant les procédés les plus rationnels et les plus employés : opiat, crayon de nitrate d'argent. Le 1er avril, M. Leblond prend le service et continue le traitement précédemment suivi. L'uréthrite résiste. Le 4 mai, M. Leblond a recours pour la

première fois au traitement que nous avons décrit. Tous les deux jours la malade est pansée à la visite du matin, et le 19 mai elle est guérie et reçoit son exéat.

OBSERVATION II.

La nommée Clémentine D... entre à Saint-Lazare, dans le service de M. le Dr Martin, pour une uréthrite.

1er avril. M. Leblond prend le service. Le 5 mai, l'uréthrite existant toujours, M. Leblond a recours au traitement suivi la veille pour Eug. D...

22 mai. On ne constate plus la présence du pus dans l'urèthre.

Le 31 mai. La guérison étant pleinement confirmée, la malade reçoit son exéat.

OBSERVATION III.

Le 14 février, entre à Saint-Lazare la nommée Marie L...; elle est atteinte d'uréthrite. Traitée jusqu'au 5 mai par les moyens ordinaires, la blennorrhagie s'est amendée, mais n'est pas guérie. Emploi du coaltar et du corps isolant jusqu'au 24 mai; 26 mai, guérison complète. Exéat.

OBSERVATION IV.

La nommée Joséphine P... entre à Saint-Lazare, le 17 février 1882. Le traitement au coaltar et au tampon uréthral est employé le 15 mai.

7 juin. On ne constate plus de pus dans le canal.

Le 12 juin. La guérison s'étant maintenue, la femme est renvoyée.

OBSERVATION V.

La nommée Charlotte B... entre à Saint-Lazare pour une uréthrite le 18 mars 1882. Elle subit le traitement ordinaire sans grande amélioration jusqu'au 26 mai. A ce moment, le coaltar et le tampon uréthral sont employés et, le 19 juin, la malade sort guérie.

OBSERVATION VI.

La nommée Jeanne P..., entrée le 5 avril pour une uréthrite, est traitée jusqu'au 4 mai par les capsules de térébenthine et le nitrate d'argent sans grande amélioration. A cette époque, tampon et coaltar

dans l'urèthre. Le 25 mai, on ne trouve plus de pus dans le canal et la malade sort complètement guérie le 30 mai.

OBSERVATION VII.

La nommée T... S... entre le 6 avril pour une uréthrite. Le 4 mai, voyant que l'amélioration ne se fait pas sentir, on emploie le traitement. Le 16 mai, guérison. La femme étant sur le point de sortir quelques jours plus tard se plaint de démangeaisons. Atteinte de la gale, elle est soumise aux frictions. Le 30 mai, la guérison de l'uréthrite et de la gale étant confirmée, T... est renvoyée.

OBSERVATION VIII.

Entrée le 13 avril pour uréthrite, la nommée Rose B... est soumise aux balsamiques et aux cautérisations intra-uréthrales. L'écoulement se modifie peu, et le 4 mai, on emploie le tampon et le coaltar. Le 26 mai, guérison et exéat.

OBSERVATION IX.

R... (Camille), entre à Saint-Lazare le 21 avril 1881 pour une uréthrite. Le coaltar et le tampon de l'urèthre ne sont employés que 8 mai, après essais d'autres médications. Le 31 mai, guérison. Exéat.

OBSERVATION X.

Louise B... entre dans le service le 6 mai. Soumise immédiatemen au traitement que nous décrivons, elle est guérie le 23 mai. Maintenue pour une affection étrangère à l'uréthrite, elle sort le 30 mai après guérison pleinement confirmée.

OBSERVATION XI.

La nommée Blanche L... entre à Saint-Lazare le 8 mai pour uréthrite; soumise au traitement le 9 mai, elle ne présente plus de symptômes de blennorrhagie le 10 juin. Exéat le 16.

OBSERVATION XII.

Marguerite J... entre le 10 mai 1882. L'uréthrite dont elle est atteinte est soumise au traitement, et guérie le 17 mai. Exéat le 19 après guérison confirmée.

Observation XIII.

La nommée Jeanne M... entre à la salle 20 le 10 mai pour une uréthrite. Soumise au traitement le 15 mai, elle est guérie le 10 juillet.

Observation XIV.

Julie D... entre pour une uréthrite à la salle 19, le 14 juin; le 15 elle est soumise au traitement, et le 1er juillet on ne constate plus de pus dans le canal. Exéat le 11 juillet.

Observation XV.

Joséphine J..., entrée à Saint-Lazare le 20 juin pour une uréthrite. Soumise au traitement dès son arrivée, elle est guérie le 30 *juin* et sort le 7 juillet.

Les guérisons constatées dans ces diverses observations étaient absolument certaines; toutes ces femmes, qui, après avoir présenté des symptômes d'uréthrite, venaient à la visite, étaient sondées lorsqu'on ne trouvait plus de liquide purulent dans l'urèthre, et gardées si la vessie ne contenait pas d'urine. Cette pratique à Saint-Lazare a une grande importance pour la constatation des guérisons; car les femmes, retenues dans les infirmeries pour des uréthrites, savent très bien qu'en urinant avant de subir l'examen, elles feront disparaître du canal le pus qui s'y trouve. Le médecin alors aura beau exprimer l'urèthre d'arrière en avant, il n'y trouvera plus rien et dans ces conditions, une malade atteinte encore de blennorrhagie pourra être indûment considérée comme saine.

Ainsi donc toutes les femmes dont la guérison est relatée dans les observations précédentes n'avaient pas uriné depuis plusieurs heures; ce fait avait été prouvé par le catéthérisme.

Conclusions.

Comme on a pu le voir, la guérison de la blennorrhagie, chez la femme, qui bien souvent se fait attendre des mois entiers, s'obtient d'une façon rapide par le tampon uréthral et le coaltar.

En faisant la somme des jours de traitement et en la divisant par le nombre des cas, on trouve que la guérison survient en moyenne en dix-huit jours.

Dans les huit premières observations, il est facile de voir que les uréthrites, qui en font l'objet, après avoir été traitées par le nitrate d'argent et les balsamiques, n'ont été guéries et cela rapidement que par le tampon coaltarisé.

Les trois premières surtout sont des plus concluantes à cet égard. Dans la première, par exemple, une uréthrite traitée depuis cinq mois, pour ainsi dire sans résultat, est guérie en quinze jours par le traitement que nous venons d'exposer.

Dans la clientèle privée, ce traitement peut sembler d'une pratique difficile. Peut-être en renouvelant le pansement chaque jour et en ne faisant garder le petit appareil que deux ou trois heures, arriverait-on au résultat désiré. Dans ces conditions, ce procédé pourrait être employé facilement même dans la pratique en dehors de l'hôpital.

NOTE SUR LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE (1).

Par le Dr A. Lutaud,
Médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Aujourd'hui bien décrite et bien connue de la plupart des praticiens, la dysménorrhée membraneuse présente encore quelques particularités sur lesquelles les auteurs n'ont pas insisté. On me permettra donc, avant de retracer le tableau de cette affection, d'appeler l'attention sur quelques points qui ne m'ont pas paru mis en lumière dans les traités classiques. Les quelques faits que j'ai observés me permettent de considérer cette affection comme plus fréquente qu'on ne le croit généralement. D'un autre côté, j'en ai observé deux cas chez des jeu-

---

(1) Communiqué à la Société de médecine de Paris, séance de juillet 1882.

nes filles vierges, faits qui me paraissent apporter quelques modifications à l'étiologie de la maladie.

L'étude de la dysménorrhée membraneuse ou plutôt sa connaissance exacte date seulement de ces dernières années. Ce n'est pas qu'elle n'ait été observée, mais elle avait été confondue avec les autres formes de dysménorrhée ou considérée comme le résultat d'une endométrite diphthéritique.

Oldham, Virchow, Aveling, Gaillard-Thomas et Labadie-Lagrave, sont les premiers auteurs qui aient expliqué d'une manière satisfaisante les causes de cette affection dont l'étiologie peut se résumer de la manière suivante :

A une certaine époque pendant la période intermenstruelle, la membrane muqueuse se détache en totalité de l'utérus pour être expulsée à la première crise, c'est-à-dire à la prochaine menstruation. D'après Virchow et Aveling, il se forme dans l'utérus une membrane décidue, semblable à celle qu'on observe dans la grossesse et qu'on a justement désignée sous le nom de *décidue menstruelle.* Simpson pensait que la membrane décidue se formait normalement dans l'utérus, mais que son expulsion fréquente et douloureuse constituait le phénomène morbide. C'est cette opinion qui me semble la plus rationnelle. Quoi qu'il en soit, on peut dire que la dysménorrhée membraneuse consiste essentiellement dans la formation d'une membrane qui se détache graduellement pendant la période intermenstruelle et est expulsée en totalité ou par fragments, soit au moment des règles, soit à une époque intermenstruelle.

Considérée à l'œil nu et lorsqu'elle est expulsée en totalité, la décidue menstruelle présente une forme triangulaire et est munie de trois orifices : deux supérieurs et un inférieur. On peut même parfois constater sur la paroi externe des perforations petites et nombreuses qui correspondent aux ouvertures des follicules utriculaires.

Dans deux pièces que j'ai pu recueillir, la membrane expulsée dans sa totalité reproduisait d'une façon frappante la forme de la cavité intra-utérine. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la membrane est le plus souvent expulsée par fragments.

Étudiée au microscope, la décidue menstruelle présente les aractères ordinaires des muqueuses, avec cette différence que ous les éléments en sont hypertrophiés.

L'étiologie de cette affection ayant donné lieu à de vives controverses, je crois utile de résumer les opinions qui ont été mises jusqu'à ce jour par les autorités les plus compétentes

On admettait autrefois qu'à la suite de l'endométrite, une couche de lymphe sécrétée dans l'utérus devenait organisée et constituait la membrane expulsée. Cette opinion fut admise par Montgomery, Dewees, Siébold, Franck, Nægele, et les accoucheurs du commencement de ce siècle.

Les gynécologistes et les accoucheurs modernes admettent aujourd'hui que l'affection est due à une exfoliation de la totalité de la muqueuse utérine occasionneé par la congestion et l'inflammation. C'est l'opinion de Oldham. partagée par la grande majorité des auteurs.

Cette étiologie étant admise, Scanzoni explique l'exfoliation « par une hyperémie considérable des parois de l'utérus qui occasionne un développement considérable de la membrane muqueuse. » Cette théorie est admise par Courty, Hégar, Eigenbrodt et autres. Ces deux derniers auteurs ont même proposé de désigner l'affection sous le nom de *dysménorrhée apoplectique.*

Enfin, quelques auteurs ont attribué à la membrane dysménorrhéique une origine déciduale et l'ont considérée comme le résultat d'une conception récente. Cette opinion, soutenue par Raciborski, ne me paraît pas devoir être acceptée, puisque j'ai eu deux fois l'occasion d'observer cette affection chez des vierges.

Mon expérience personnelle ne me permet pas non plus d'admettre l'endométrite dans l'étiologie de la dysménorrhée membraneuse. Non seulement je l'ai observée chez des vierges ainsi que je viens de le dire ; mais, dans les autres cas empruntés à la littérature médicale, l'endométrite semblait être le résultat et non la cause de la dysménorrhée.

Le diagnostic de cette affection n'est pas toujours facile. Dans

beaucoup de cas, elle a été confondue avec les avortements se montrant au début de la grossesse, avec les caillots sanguins et les excrétions fibrineuses moulées dans la cavité utérine, l'exfoliation de la muqueuse vaginale.

La fréquente répétition de l'affection, sa périodicité et l'absence des signes de la grossesse permettent de la distinguer de l'avortement. Les caillots sanguins se reconnaissent facilement par l'examen histologique et ne présentent aucun des caractères qui distinguent la muqueuse utérine. On reconnaît également par le microscope les productions fibreuses et les exfoliations vaginales résultant de l'affection à laquelle Tyler Smith a donné le nom de vaginite épithéliale.

Dans les cas que j'ai observés, les malades accusaient au commencement de l'époque menstruelle une douleur persistante qui présentait le caractère expulsif de l'avortement. Ces douleurs augmentaient graduellement et ne cessaient qu'après l'expulsion de la membrane. Cette expulsion avait lieu généralement vers le milieu de la période menstruelle. Elle était suivie le plus souvent d'une métrorrhagie peu abondante et d'un écoulement purulent et sanguinolent.

Le pronostic qui est donné par les auteurs comme étant généralement défavorable ne me paraît pas cependant aussi grave. Dans un cas, la maladie, qui durait depuis dix ans et qui avait résisté à tout traitement, a cessé spontanément et alors qu'on s'y attendait le moins. Dans un autre, observé chez une jeune fille, l'exfoliation a cessé depuis un an. Enfin, dans un autre cas, l'expulsion de la membrane n'a lieu que tous les trois ou quatre mois, et l'existence de la malade est parfaitement supportable. Il n'en est pas moins vrai que la dysménorrhée membraneuse résiste le plus souvent au traitement qu'on lui oppose et qu'elle entraîne presque toujours la stérilité, quoique des exemples de grossesses aient été rapportés par Tyler Smith et d'Outrepont.

Lorsque l'étiologie et la pathogénie d'une affection sont inconnues, il est à remarquer que le traitement est presque tou-

jours varié, contradictoire et énergique. Le manque de connaissance de la maladie, a dit Gaillard Thomas, conduit rarement à un traitement expectant. C'est ainsi que, dans l'affection qui nous occupe, on a appliqué le cautère actuel sur le col, et que des cautérisations énergiques ont été faites avec le nitrate d'argent jusque dans le fond de la cavité utérine.

L'incertitude qui a longtemps régné dans la pathologie de la dysménorrhée membraneuse ne permettait pas du reste de donner des règles précises pour le traitement.

Celui-ci doit, du reste, être considérablement simplifié. Il faut, avant tout, s'occuper de faire cesser l'élément douleur et rien ne m'a mieux réussi que la morphine en injections sous-cutanées. Quant au traitement curatif, il présente de grandes difficultés, surtout chez les vierges. Je poserai même en principe que, à moins de douleurs excessives ayant amené de graves perturbations dans l'organisme, le médecin ne doit pas intervenir autrement que par un traitement palliatif. J'ai pu obtenir une amélioration notable chez une femme de 35 ans, qui souffrait depuis dix années, en injectant toutes les semaines dans la cavité utérine une solution de nitrate d'argent au 1000e. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs étaient moins fortes et l'expulsion de la décidue menstruelle n'avait pas lieu. Il faut dire cependant que l'affection a reparu aussitôt que le traitement a été discontinué.

En somme, les quelques cas que j'ai observés, ainsi que les observations que j'ai recueillies chez les auteurs, me permettent de résumer ainsi la pathologie de cette affection :

1° La dysménorrhée membraneuse est constituée par une exfoliation de la muqueuse utérine hypertrophiée ;

2° L'expulsion de la muqueuse n'a pas lieu à chaque époque menstruelle; il existe souvent plusieurs mois d'intervalle entre chaque crise;

3° Cette affection, assez fréquente chez les vierges, n'est pas le résultat de la conception ;

4° Elle entraîne presque toujours la stérilité.

REVUE DE LA PRESSE

DE LA TRACTION DANS L'AXE AVEC LE FORCEPS (1).

Toute la question du forceps réside dans ceci : amener au dehors un enfant vivant, sans inconvénient pour la mère, dont les forces épuisées ne peuvent terminer le travail, et cela en se conformant autant que possible aux lois de la nature, en agissant rapidement, en froissant le moins possible les tissus de la mère et ceux de l'enfant, et en épargnant, autant que possible, les forces de l'accoucheur.

Pour arriver à ce but, la puissance déployée par le forceps étant une force de traction ou *vis a fronte* devrait se rapprocher le plus possible dans sa direction comme dans son intermittence d'action et sa courte durée de la contraction utérine, de la force de propulsion, de la *vis a tergo* qui interviennent dans les cas d'expulsion naturelle. C'est en étudiant la façon dont la nature procède que nous pourrons apprendre à lui venir en aide, quand ses seules forces seront impuissantes à terminer un accouchement, et que nous devrons y suppléer à l'aide de notre art. Et, tant que nous appliquerons notre art pour suppléer précisément ce qui manque aux forces de la nature, en leur ajoutant juste le degré de puissance dont elles ont besoin, sans s'écarter des lois qui régissent la mise en action de ces forces, c'est alors que nous lui viendrons en aide, bien loin d'entraver son but.

Examinons un instant les conditions d'application du forceps dans le cas de prolongation du second temps du travail, produite par la résistance des parois osseuses et des parties molles qui constituent la filière pelvienne.

Cette résistance, que le canal oppose à une tête fœtale élas-

(1) Communication faite par le Dr Smith (de Philadelphie) à la Gynecological Society et reproduite *in Transactions of the american gynecological Society*, vol. VI, p. 291. Philadelphie, 1881.

tique, compressible et mobile, doit s'exercer d'une égale façon sur tous les points de la circonférence de contact, et la somme de ces résistances devra être représentée par une perpendiculaire élevée du milieu de la ligne qui joint ces points; comme leur nombre sur la circonférence de contact se trouve être infini, la résultante de toutes les résistances sera représentée par la perpendiculaire menée au plan de la circonférence, passant par le centre. A mesure que la tête se meut en avant, la circonférence de contact avance également, et, pour chaque plan du bassin, on a un plan de résistance avec sa résultante perpendiculaire, et la somme de ces résultantes s'exprime par la somme des perpendiculaires, ce qui correspond à l'axe du bassin. On possède alors la ligne totale de résistance que doivent vaincre les forces expultrices, exercées soit en avant, soit en arrière, et qui répond à l'axe du bassin. Alors, si nous sommes appelés à suppléer au défaut de forces de la mère, en tirant la tête au dehors, c'est dans cette ligne que notre traction devra s'exercer, si nous voulons ménager nos forces et léser le moins possible les tissus de la mère et de ceux l'enfant; et chaque fois que l'on négligera de faire coïncider la ligne de traction avec la ligne de résistance, on commettra une faute. C'est ainsi qu'Hubert (1) l'établit dans ses trois propositions : « 1° les tractions exercées dans l'axe du canal sont les plus efficaces ; 2° celles exercées perpendiculairement à l'axe sont inutiles, et se bornent à déterminer une compression douloureuse ; 3° celles exercées obliquement se décomposent d'une part en efforts dont les uns, d'extraction, sont utiles, et dont les autres, de compression, sont douloureux » ; et, relativement à la dernière proposition, il ajoute ce corollaire que l'effet utile est diminué et, au contraire, l'effet douloureux augmenté exactement en proportion du degré dont la ligne de traction a dévié de l'axe. Il y a trois ans, j'ai essayé de montrer, dans un mémoire communiqué à cette Société, combien l'ancienne méthode de traction était peu efficace et préjudiciable, précisément après

(1) Cours d'accouchement, Louvain, 1869.

que Tarnier venait de décrire son nouveau forceps et avait de nouveau appelé l'attention des médecins sur les inconvénients de l'instrument. La question de « la traction dans l'axe », ainsi que l'a si bien nommée Simpson, a dès lors bouleversé le monde des accoucheurs; ceux qui n'étaient pas partisans de ces vues les ont combattues de la façon la plus énergique, et ce qu'il y a d'étonnant c'est que tous ne considéraient que l'axe antéro-postérieur, ignorant que les mêmes rapports existent relativement aux mouvements de latéralité, et qu'on rencontre les mêmes inconvénients quand la coïncidence de l'axe de la traction avec l'axe de mouvement et avec celui de la résistance se trouve détruite par des mouvements de latéralité, de rotation ou d'arrière en avant; la seule différence consiste dans une question de degré, mais dans tous les cas, le préjudice causé est égal.

Je vais donc étudier le sujet de la traction dans l'axe, et comme je suppose que tous les gynécologistes sont d'accord sur la nécessité de cette pratique, la discussion qui s'ensuivra permettra, je l'espère, d'arriver à préciser les moyens les plus efficaces pour l'obtenir.

Il est assez étrange, quand on consulte, dans les traités d'obstétrique, le chapitre relatif à la façon d'appliquer le forceps et de faire l'accouchement avec cet instrument, de voir combien on est sobre de détails sur son emploi. Ceci s'applique surtout aux ouvrages anglais et américains; Hodge est pour ainsi dire le seul qui indique la direction spéciale dans laquelle doit s'exercer la traction, et encore ces données sont-elles trop incomplètes pour pouvoir être utilisées par les élèves.

Et même Davis, de Londres, inventeur d'un forceps qui, selon moi, ne sera jamais perfectionné et sera toujours hautement apprécié, quand les instruments compliqués si en vogue aujourd'hui auront vécu et seront devenus un objet de curiosité, donne très peu de détails sur l'application du forceps dans son volumineux ouvrage. Peut-être n'est-ce pas si étonnant que cela paraît au premier abord si l'on songe que, pour cet auteur, une application de forceps sur 50 accouchements

est une pratique peu recommandable et qu'il donne la proportion de 1 sur 250 comme le maximum des cas où l'on est en droit d'appliquer le forceps. Mais, bien que les détails de la manœuvre soient aussi négligés, un grand nombre d'auteurs autorisés insistent sur la nécessité de tirer autant que possible dans l'axe quand la tête est très élevée, et surtout quand elle est au détroit supérieur. Quant à la façon d'opérer, elle est complètement laissée au choix de l'accoucheur ; cependant dans certains cas on recommande de porter les branches du forceps en arrière, en se rapprochant le plus possible du périnée pour se trouver ainsi dans la direction de l'axe du détroit supérieur ; et, si on ne l'enseignait pas directement, du moins on était d'accord sur ce fait que les branches devaient servir comme moyen de traction pour tirer dans l'axe. C'est du moins l'opinion des auteurs anglais, américains (excepté Hodge) et de la majorité des français; aussi tous les forceps destinés à être appliqués haut dans le bassin sont pourvus, à l'exception de celui de Davis, à l'extrémité des branches, de grands crochets, d'anneaux ou d'un rebord saillant au niveau de l'articulation. L'idée adoptée par tout le monde c'était que le forceps, destiné à l'extraction du fœtus, devait être tenu par ses manches et que la traction devait être exercée dans la direction de sa longueur, sans s'occuper si, dans le forceps à courbure, la ligne des manches correspond ou non à celle des cuillers. C'était là évidemment un enseignement en opposition avec les plus simples lois de la mécanique, dont l'ignorance semble peu excusable de la part de médecins, et cependant, transmise d'une génération à l'autre, cette opinion a été acceptée sans conteste. J'ai fait une exception pour Hodge qui conseille d'exercer une pression en bas avec les branches de l'instrument comme un moyen utile parfois pour effectuer l'extraction dans l'axe.

La recommandation de Hodge est passée presque inaperçue des auteurs comme des élèves. Cependant, depuis quelques années, les accoucheurs ont reconnu ce fait que, essayer de tirer un corps par un canal courbe, en appliquant une force tractile dans une direction rectiligne, du centre du mouvement

à un point du canal, est une impossibilité mécanique, dans le cas où le corps et le canal sont durs et résistants, et que, si on l'applique à un fœtus vivant et à un bassin maternel, on ne pourra faire autrement que de blesser les tissus de la mère et ceux de l'enfant. Je ne chercherai pas à prouver cela par des formules mathématiques, car Hermann (1), Hubert (2), et Tarnier (3), l'ont déjà fait. Cette réminiscence d'une vieille loi de mécanique semble avoir stimulé l'esprit des accoucheurs et abouti aux tentatives de Tarnier, qui avait été précédé de Hubert et trente-trois ans auparavant de Hermann, pour arriver à construire un forceps remplissant l'indication capitale, impossible à obtenir avec le forceps ordinaire.

Dans ce mémoire j'ai l'intention d'établir l'historique véritable de la traction dans l'axe et d'examiner si le forceps ordinaire bien construit ne peut, dans sa simplicité, rendre des services semblables à ceux que l'on attribue aux instruments compliqués et jusqu'à un certain point avec moins de difficulté pour l'accoucheur et moins de danger pour les tissus qu'il touche.

Evidemment, la plupart des anciens accoucheurs, consciencieux et éclairés, comme nos contemporains, reconnaissaient en pratique, sans l'enseigner et peut-être sans l'avoir jamais formulée comme un principe, la nécessité d'une manœuvre consistant à tirer la tête de l'enfant dans l'axe, quand bien même elle serait située très haut.

Mais le premier auteur qui semble avoir appelé l'attention sur la nécessité de cette pratique et avoir indiqué la façon de procéder, est Fred. Benj. Osiander, de Gœttingue. Je n'ai pu me procurer aucun exemplaire de ses œuvres et, comme je vois qu'elles sont à peu près inconnues des auteurs français et anglais, j'en conclus que, en dehors de ses compatriotes, les mé-

---

(1) *Ueber eine neue Geburtszange zur Extraction des im Beckeneingange stehenden Kopfes.* Berne, 1844.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Description de deux nouveaux forceps.* Paris, 1877.

decins des autres pays y ont peu fait attention. Aussi j'ai dû prendre ce que j'ai cité de cet auteur dans les traités de Nægele (1), Siebold (2), de Scanzoni (3), et la figure représentant son forceps, dans Hermann; j'ai également trouvé beaucoup de choses dans un article très complet de Sänger, de Leipzig, sur le forceps à traction dans l'axe (4). Il m'est impossible de fixer la date de la première leçon d'Osiander sur ce sujet. Siebold tire ses citations du « Handbuch der Entbindungskunst » publié à Tubingue en 1821, mais Nægele prend ses citations d'un de ses élèves, Krœmer, qui publia une monographie sur l'emploi du forceps, à Marbourg, en 1808, dans laquelle on trouve décrite la méthode d'Osiander.

Davis, de Londres, oppose son « Lehrbuch », publié en 1799, à Palfyn, de Gand, qui réclamait la priorité de l'invention du forceps, mais ne décrit pas la façon dont Osiander se servait de l'instrument. Il est probable que sa méthode a dû être publiée au commencement de ce siècle. Scanzoni, qui est peut-être celui qui en fait la description la plus complète, s'exprime ainsi : « L'accoucheur se tient assez près de la patiente pour que la jambe placée en avant soit appliquée verticalement et solidement sous le bassin de la malade, l'autre jambe étant placée immédiatement en arrière de la première. Il appuie, en fléchissant en avant, tout le poids du corps sur le membre inférieur situé en avant. Il place la main du bras correspondant à ce membre inférieur sur l'articulation du forceps, qui est enveloppé d'une serviette. L'autre main tient les manches, sans les élever, et exécute des mouvements de rotation. Le bras appuie avec force sur l'articulation, autant qu'il en est besoin; cependant, la pression sera diminuée quand la tête aura franchi la partie étroite du bassin ».

---

(1) *Traité pratique de l'art des accouchements*, traduit par Aubenas. Paris, 1869, p. 290.

(2) *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1854, p. 288.

(3) *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1867, p. 198.

(4) *Archiv. für Gynäkologie*, vol. 17.

Siebold interprète ainsi ce procédé :

« L'accoucheur place le pied droit en avant, fait appuyer sur lui le poids du corps et manœuvre le forceps de la main droite; la pression en bas est exercée avec d'autant plus de force qu'on se rapproche de l'articulation, tandis que la main gauche, placée sous les manches, imprime les mouvements rotatoires; des intervalles suffisants doivent séparer chacune de ces manœuvres. » Nægele fait une description analogue, mais plus brièvement. Sänger, dans son travail où il établit que c'est la première tentative de forceps à traction dans l'axe qui ait été faite, va plus loin en disant qu'Osiander défendait énergiquement d'exercer une traction directe sur les manches du forceps. Hermann, de Berne, considérait cela comme le meilleur procédé connu, jusqu'au jour où il inventa son forceps, et il fait cette description de la méthode d'Osiander : « l'accoucheur se tient près de la parturiente, de façon à exercer avec la main droite une pression perpendiculaire près de l'articulation, tandis que la main gauche agit sur les manches à la façon d'un levier dont le point d'appui serait dans la main droite », et il cite Osiander, qui insiste sur ceci, à savoir que « le levier, en produisant toute la force utile, quand les circonstances le demandent, pour tirer dans l'axe, a souvent permis d'extraire une tête fœtale intacte et sans sacrifier la vie de l'enfant, d'un bassin assez étroit pour que quelqu'un qui ignorerait ce procédé, ait pu mettre en doute la possibilité d'extraction d'un enfant vivant. » En résumé, la méthode d'Osiander semble être basée sur ceci, que, reconnaissant que les forces mécaniques exercées sur une tête fœtale située dans la cavité pelvienne ne s'écartaient en rien des lois mécaniques qui régissent celles qui s'exercent en d'autres endroits, il en a conclu que faire une traction directe sur les manches du forceps, dans le sens de leur longueur, quand la tête était située très haut dans un bassin courbe, c'était s'épuiser en vains efforts pour arriver à peu de chose ou même à rien, sinon à léser les tissus, et, afin de faire du forceps un agent mécanique utile, commode pour l'accoucheur et inoffensif pour la mère et l'enfant, il le transforma

n un levier, au moyen duquel la traction ne s'exerçait pas irectement dans la ligne des manches; la force était toujours irigée de façon à exercer la traction dans l'axe de la partie du anal pelvien que le fœtus traversait, en ayant soin de faire 'arier la direction de la traction dès que la courbure du bassin hangeait elle-même de direction. Il arrivait à ce résultat, non as en exerçant une traction directe sur les manches, ce qu'il nterdisait formellement; mais, se faisant un point d'appui à l'aide de la main qui était placée sur l'articulation du forceps et qui pressait fortement en bas, par une traction lente et ferme, ramenait les manches, représentant un bras du levier, jusqu'au-ssus du périnée, tandis que la tête, saisie par les cuillers, qui la comprimaient assez pour la maintenir entre elles et vaincre la résistance qu'elle rencontrait, suivait l'axe du bassin, comme un poids placé à l'extrémité d'un petit bras de levier. La tête se trouvait saisie par les cuillers de façon à former, au point de vue pratique, une tige rigide continue, du vertex à l'extrémité des manches, ce qui est précisément une des conditions requises, ainsi que le fait remarquer Schrœder. C'était donc la première fois que se trouvait énoncé et appliqué méthodiquement le principe de la traction dans l'axe, en se servant de l'ancien forceps, malgré sa simplicité et en le faisant obéir aux lois connues de la mécanique, relativement à la ligne courbe qui représente l'axe du bassin. Mais Osiander n'alla pas plus loin, et, bien qu'il ait reconnu la nécessité d'exercer la traction dans l'axe, par rapport au diamètre antéro-postérieur, il ne se rendit pas compte que la même obligation existait pour le diamètre latéral, et, au lieu de tirer toujours dans le même sens, sans faire de mouvements de latéralité ou de rotation, il gâtait son admirable méthode en faisant exécuter aux manches un mouvement circulaire, douloureux pour la patiente. Et, même, il y insista tellement, que cela devint partie intégrante de sa méthode de traction dans l'axe; aussi, tandis que le principe qu'il énonça fut admis par tout le monde, ce qu'il regardait comme le point capital de son procédé fut délaissé comme étant impraticable et même dangereux. La plupart des professeurs n'en ont même

jamais entendu parler, et, tandis que les auteurs français, anglais et américains ignoraient l'existence des travaux d'Osiander sur le forceps et ne se sont jamais douté que la manœuvre qu'il préconisait avait jamais pu être pratiquée, les Allemands la rejetaient complètement et considéraient comme dangereux les mouvements de latéralité et de rotation. Avec ces derniers, on trouve Braun de Fernwald, cité par Sänger, qui condamne ce qu'il appelle la *standing traction* d'Osiander, en raison des mouvements rotatoires dangereux qui font partie de cette méthode. Hodge (1) s'exprime ainsi, relativement à l'extraction de la tête au détroit supérieur : « On se trouvera souvent très bien, quand on emploie le forceps comme *levier* et moyen de traction, de placer les doigts de la main gauche en avant de l'articulation de l'instrument, de façon à presser directement en bas et d'amener les cuillers plus exactement dans l'axe du bassin ». Harris, dans ses notes au Traité d'accouchements de Playfair (2), indique aussi la bonne direction à prendre quand il donne le conseil d'exercer avec la main une pression sur l'articulation du forceps, tandis que de l'autre main on tire sur les manches.

Alors, tout en maintenant le principe de la traction dans l'axe, mais considérant qu'on ne pouvait l'obtenir avec le forceps ordinaire, les accoucheurs se sont mis à y ajouter une foule de pièces, destinées à compléter l'instrument.

Nægele (3) proposa, quand la tête était au détroit supérieur, et qu'il fallait déployer beaucoup de force, de passer autour de l'articulation du forceps une corde, de la grosseur du pouce, dont l'extrémité serait enroulée autour de la main de l'accoucheur placée sous l'articulation du forceps ; à l'aide de cette corde, on pourrait tirer fortement en bas, tandis que l'autre main saisirait comme d'habitude les manches du forceps et imprimerait alors de légers mouvements de rotation ; on con-

(1) *Principles and Practice of Obstetrics*. Philadelphie, 1864, p. 255.

(2) 2e édition américaine. Philadelphie, 1878, p. 480.

(3) *Loc. cit.*, p. 291.

nuerait ainsi jusqu'à ce que la tête se soit engagée dans l'excavation.

A côté des accoucheurs précédents, on trouve Hermann, qui, en 1844, fidèle à l'idée de la nécessité d'une traction rectiligne, et rejetant les procédés d'Osiander et de Nægele, inventa un forceps qui réunissait les avantages des deux précédents. Appliquant l'idée d'Osiander, qui faisait le point d'appui d'un levier, avec la main placée sous le pubis, il remplaçait cette main par une pièce en fer, formée d'un long manche, qui se tenait à la main, et terminée par une mortaise qui s'articulait avec une cavité creusée dans l'écrou de l'instrument. Puis il y ajouta ce qu'il appela l'appendice, et qui consistait également en une tige qui pouvait s'accrocher à chaque cuiller dans un trou placé en arrière de la fenêtre; on pouvait, à l'aide de cette pièce, appliquer le principe de la corde de Nægele, quand on voulait exercer une pression en bas. Afin d'éviter la compression du périnée, les cuillers étaient courbées sur leur bord supérieur jusqu'à l'articulation, et les manches conservaient la direction du bord convexe de la cuiller. C'était la première tentative originale du forceps à traction dans l'axe, renfermant deux idées, qui, plus tard, ont été mises à profit et présentées comme originales, l'une, par Moralès, dans son forceps à courbure périnéale, l'autre par Tarnier, dans ses branches de traction séparées. Je ne me doutais pas de l'existence de cet instrument, pas plus que de celle de son inventeur, quand, en 1880, on me montra, à Prague, une collection d'instruments et d'appareils, parmi lesquels je remarquai un forceps qui semblait être une imitation mal faite, et, cependant, simplifiée de celui de Tarnier. J'appris que c'était le forceps d'Hermann, de Berne, qui se trouvait décrit dans un mémoire publié par cet auteur, en 1844. Cet instrument, très curieux, cherchait à remplir exactement le même but que celui de Tarnier, et, cependant, il était inconnu et n'était mentionné ni par Tarnier, ni par les auteurs que je connaissais. J'ai pu me procurer un dessin de ce forceps, ainsi que le mémoire d'Hermann, et il est évident que l'idée qui a présidé à la fabrication de cet instru-

ment, c'était de remplacer par un moyen mécanique la main d
l'accoucheur, qui exerçait la pression en bas recommandée pa
Osiander, et d'obtenir ainsi le mode le plus utile d'applicatio
de la force, et que ce n'était que secondairement qu'il se servai
de l'autre mécanisme, qui consistait à remplacer la corde
Nægele par une pièce métallique, quand les circonstances
l'exigeaient. Dans le travail de M. Simpson, sur la traction
dans l'axe, j'ai été très heureux de trouver une note dans
laquelle il faisait une courte allusion à l'instrument d'Hermann.

Sans le décrire en détail, mais comprenant que sa ressemblance avec celui de Tarnier ne peut être passée sous silence, il dit : « Bien qu'il ressemble un peu à celui de Tarniers, il n'a, en réalité, rien de commun avec lui. » L'enthousiasme de Simpson pour l'invention de son ami ne lui permettait pas d'admirer un instrument, fabriqué trente-trois ans auparavant, et qui pouvait réclamer la priorité de l'adjonction d'un mécanisme séparé, destiné à faire la traction dans l'axe. Je ne vois pas pourquoi Hermann ne serait pas considéré comme l'inventeur du forceps à traction dans l'axe, puisqu'il possède le double avantage d'exercer la pression en bas et la traction en dessous, que le principe de mécanique sur lequel il repose est le même que dans l'instrument de Tarnier, et qu'il n'en diffère que par la simplicité plus grande de son application. On pourrait objecter qu'Hermann n'avait pas pour but d'employer les branches de traction pour extraire la tête quand elle était située très haut dans le bassin, et qu'il préférait s'en servir pour exercer une pression en bas, ce que l'on ne peut dire de Tarnier. Mais je répondrai à cela que la petite pièce annexée était destinée à être employée selon les besoins, et, d'après ce que j'ai pu voir, on pourrait s'en servir pour une application au détroit supérieur, aussi bien que des branches de traction de Tarnier. C'est également à Hermann que revient l'honneur d'avoir le premier imaginé la courbure périnéale des branches du forceps.

Depuis que je possède la brochure d'Hermann, j'ai fait des recherches dans les traités d'obstétrique, et je n'ai trouvé que

celui de Scanzoni, où il est fait une courte allusion à cet instrument à propos de la méthode d'Osiander, et même sans donner les détails de sa construction. Dans un travail récént de Sänger dont j'ai parlé plus haut, j'ai trouvé une réclamation chaleureuse en faveur d'Hermann, dans un article sur le forceps Tarnier et ses modifications, dont j'extrais le passage suivant, où il dit qu'il ne voit pas pourquoi le forceps d'Hermann « construit d'après une idée théorique si élevée, a rencontré si peu de partisans, et pourquoi on n'a pas appliqué ses idées en perfectionnant l'instrument ; et que trente années après un accoucheur français, ignorant apparemment l'existence de ces travaux, se basant sur les mêmes principes pour la fabrication de son forceps, a trouvé tout d'un coup un enthousiasme général sinon une approbation parfaite. » Ce sentiment frapperait quiconque lirait avec soin la brochure d'Hermann où il traite, de la façon la plus complète, de l'application du forceps, et surtout ses démonstrations mathématiques avec diagrammes et formules algébriques que, vingt ans plus tard, Hubert, et trente ans plus tard, Tarnier, n'ont fait que reproduire. Je crois que si M. Simpson avait lu la discussion d'Hermann sur ce sujet, il n'aurait pas attribué à Hubert l'honneur d'avoir fait le premier la démonstration mathématique de la perte de forces éprouvée quand on tire directement dans la ligne des branches du forceps. Mais Hermann n'occupait pas une position officielle qui pût lui donner une notoriété suffisante, et il ne pouvait donc pas s'attendre à voir son invention entourée de la considération qui s'attache aux découvertes de ceux qui ont toujours à leur disposition quelqu'un pour faire leur panégyrique, et il aurait parfaitement pu adopter l'épitaphe de Piron : « *Ci-gît Hermann, qui n'a rien été, pas même professeur.* »

Je ne veux pas m'appesantir davantage là-dessus, et j'arrive de suite aux inventions qui ont été proposées pour assurer la traction. Dans l'une : le forceps d'Hubert, avec ses différentes formes de levier fixe, attaché aux branches de l'instrument ; celui de Moralès, à grande courbure périnéale ; celui de Chassagny, avec tout un attirail de cordages, et enfin celui de Tar-

nier qui, depuis son apparition en 1877, semble avoir révolutionné le monde obstétrical et abattu, pour un moment, l'opposition, passant pour la plus grande conception originale du siècle ou, comme le dit M. Lusk, « la plus grande addition à l'arsenal obstétrical de ces dix dernières années. »

Parmi les modifications nombreuses faites par d'autres que Tarnier, qui, tous les cinq mois, présente un nouveau modèle qui s'éloigne de plus en plus du type primitif, les plus remarquables sont celles de Simpson et de Lusk, celle de ce dernier ayant été acceptée par Tarnier, d'après Sänger, comme la perfection de l'instrument. Depuis lors, cependant, un nouveau modèle Tarnier a paru.

Je ne veux pas entrer dans de longues considérations sur les mérites du forceps Tarnier, parce que je ne veux pas assumer la responsabilité de condamner un instrument dont je ne me suis jamais servi sur le vivant. Peu après l'apparition du nouveau forceps Tarnier, M. Barker en apporta un échantillon en Amérique et en fit la description dans l'*American Journal of obstetrics*, en donnant la permission à Tieman d'en fabriquer de semblables et je m'en procurai un immédiatement. Cependant, trouvant que l'ancien forceps, dont je me suis toujours servi, permet parfaitement de tirer dans l'axe, je n'ai jamais osé me risquer à expérimenter sur mes patientes un instrument qui semble aussi formidable que le premier modèle fabriqué. Les autres modèles sont en réalité si peu différents des forceps de Simpson ou de Braun, quand les branches de traction sont fixées le long des cuillers que je ne redouterais pas d'en faire l'essai. Cependant le forceps de Tarnier a trouvé si peu d'enthousiasme parmi les accoucheurs de Philadelphie, que je suis certain d'être le seul qui en possède un modèle, et quant à l'instrument de Tarnier, modifié par Simpson, il n'y a que Mme Broomall qui en possède un, qu'elle a reçu du fabricant de Simpson. Elle seule, à Philadelphie, a employé sur le vivant ces deux modèles à la maternité de l'hôpital des femmes et elle n'a pas eu à se louer de son essai. Dans une lettre qu'elle m'écrivait au sujet de cette expérience, elle me disait ceci : qu'elle

avait trouvé le forceps Tarnier difficile à appliquer, d'un mécanisme compliqué, que les branches de traction devenaient gênantes quand elles étaient détachées et que, bien qu'elle eût pris les plus grandes précautions, voyant que le vagin était lacéré par ces branches et qu'une déchirure du périnée était imminente, elle avait renoncé à l'employer pour terminer l'accouchement et lui avait substitué le forceps de Simpson, modifié par Braun, dont elle a l'habitude de se servir, et ce fut la seule fois qu'elle employa le modèle de Tarnier. Quant à la modification faite à cet instrument, elle la considère comme de beaucoup préférable au type original, parce que le mécanisme en est moins compliqué, qu'il est plus léger, plus facile à appliquer, surtout relativement aux branches de traction, qu'on peut fixer par côté pendant que les cuillers sont appliquées. Cependant, bien que la traction ait toujours été exercée dans une direction rectiligne constante, il se fait au point d'attache des branches aux cuillers un certain degré de mobilité, qui amène la lacération des parois vaginales et vient compliquer l'accouchement d'une façon bien plus sérieuse que si l'on s'était servi du forceps de Braun ou de celui de Simpson. En raison de sa grande expérience, de son habileté et des précautions extrêmes qu'elle prend dans l'application du forceps, je suis tout à fait d'accord avec les résultats qu'elle a obtenus et je me contente toujours de mon ancien Davis. Je n'ai fait qu'une seule application de Tarnier et encore c'était sur le mannequin de Pinard et Budin, aussi je ne m'appuie pas sur elle pour combattre l'instrument.

Mes objections au forceps de Tarnier et à tous les autres modèles qui portent des branches de traction séparées, sont, au point de vue théorique :

1° Leur *complication* et leur *prix élevé*, ce qui sera probablement d'une mince considération pour ceux qui enseignent l'obstétrique, mais qui d'un autre côté empêcheront les jeunes médecins et surtout ceux de la campagne de l'acheter. Cela pourrait paraître une raison banale s'il était démontré que cet instrument permet de faciliter l'accouchement et en même temps

de le rendre plus inoffensif pour l'enfant et je ne m'y serais pas arrêté un instant. Mais comme l'application du forceps doit être enseignée aux étudiants avec le plus grand soin et en se servant d'un bon mannequin, qu'on doit leur faire considérer cette opération comme aussi facile à pratiquer qu'une opération de petite chirurgie, on ne doit pas la leur présenter comme une grande opération qui ne peut être accomplie que par ceux qui ont l'habitude des manœuvres obstétricales, mais bien plutôt comme un moyen de soulagement pour les femmes en travail dont l'existence de l'enfant est en danger ou dont on ne peut prolonger le travail sans compromettre les suites de couches et sans faire perdre beaucoup de forces à la patiente. Aussi toute modication du forceps, qui diminue sa simplicité ou augmente son prix d'achat, le mettant ainsi hors de la portée des praticiens, sans ajouter à son mérite intrinsèque, constitue une objection sérieuse.

2° *La difficulté de la désinfection* qui, je ne crains pas de le dire, ne peut être obtenue d'une façon satisfaisante qu'en laissant séjourner l'instrument pendant quelque temps dans le liquide antiseptique, ce qui rouillerait et mettrait hors de service les écrous, les pas de vis et toutes les articulations de l'instrument. Il n'est pas un accoucheur consciencieux qui ne puisse regarder cela comme une objection capitale.

3° *La vis de compression* qui, ainsi que le dit Sänger, doit être serrée assez pour blesser la tête par une pression continue, car si elle ne l'est pas suffisamment, les cuillers glisseront sur la tête. Mais, à cet égard, l'objection la plus grave c'est qu'une vis qui exerce une compression continue ou tout mécanisme destiné à la régler, a l'inconvénient de remplacer l'intelligence de l'accoucheur par un agent mécanique et annihile ainsi l'élément essentiel du travail de l'accoucheur, la conscience musculaire, comme on l'a si justement appelé. Je suis de ceux qui croient que la compression exercée par le forceps est un moyen de diminuer la résistance du canal pelvien, mais cette compression doit être réglée par l'accoucheur, qui peut avoir besoin de la faire varier à différentes reprises pendant l'extrac-

tion. Le degré d'intensité de la force nécessaire pour maintenir les cuillers appliquées sur la tête et le degré de compression nécessaire pour vaincre la résistance du bassin ne peuvent être appréciés que par la main qui opère et ne doivent pas être confiés à une pièce mécanique. Or, dans le forceps Tarnier, la façon dont il est construit et le principe même d'après lequel on exerce la traction rendent cela impossible ; car, quand bien même on ne se servirait pas de la vis, comme certains de ses partisans prétendent que c'est possible, les manches sont si courts et la longueur du bras de levier, situé au-dessus de l'articulation, si grande que la compression ne peut être faite d'une manière efficace ou qu'on ne peut la surveiller. Et maintenant je soutiens que ce qui tend à diminuer la confiance du jeune médecin dans sa propre intelligence, en la remplaçant par une pièce de mécanique destinée à être employée dans une opération qui ne se présente pas deux fois dans les mêmes circonstances, tend à encourager l'ignorance et à faire délaisser l'observation attentive des différents cas et l'emploi raisonné des instruments.

4° Enfin, une dernière objection, c'est qu'en faisant une traction aveugle dans une direction rectiligne partant du centre de la tête de l'enfant, située dans un bassin courbe, on ne peut remplir le but cherché, à savoir tirer dans l'axe, parce que, en exerçant la traction dans l'axe des cuillers, on tire en réalité la tête contre la paroi postérieure du bassin. Cela peut être, dans certains cas, de peu d'importance, mais quand la paroi vaginale est rigide et peu élastique, cela peut causer des déchirures du vagin.

Il existe à Philadelphie deux forceps sur lesquels je veux attirer l'attention, parce qu'ils passent pour favoriser la traction dans l'axe : tous deux ont été inventés par des hommes de haute expérience et de grand mérite. L'un est du Dr Cleemann, c'est un forceps de Hodge, dont les cuillers sont courbées à angle presque droit, ce qui a pour but d'aider à presser en bas sur l'articulation, quand la tête est au détroit supérieur, cette courbure rendant beaucoup plus inoffensive la compression du

périnée. L'objection qu'on a faite à cet instrument, c'est que comme l'angle périnéal est presque droit, quand les bords concaves et convexes des cuillers sont appliqués sur une grosse tête, ils se trouveraient écartés d'une manière tellement inégale que l'instrument ne pourrait plus saisir la tête d'une façon efficace. L'autre forceps est celui du Dr Mac-Ferran, qui s'en distingue en ce que les cuillers possèdent une articulation qui d'après l'inventeur, permet à la tête de s'accommoder elle-même à mesure qu'elle parcourt l'axe courbe du bassin, quand on exerce la traction selon une ligne droite. Mais si l'on fait abstraction des branches de préhension et de la vis de compression destinée à les maintenir étroitement appliquées sur la tête, leur principe est exactemént le même que celui de Tarnier, et de beaucoup simplifié.

Examinons maintenant la question capitale de ce travail : peut-on effectuer la traction dans l'axe à l'aide d'une manœuvre quelconque avec le forceps ordinaire ? Je crois et je dirai même sans présomption que je sais que cela est possible, bien que des hommes aussi autorisés que Tarnier et Sänger affirment le contraire, l'un prétendant que cela ne peut se réaliser qu'avec son forceps, l'autre soutenant que c'est tout à fait impossible. Je me pose en humble partisan du principe énoncé par Osiander, que j'ai toujours mis en pratique, depuis que j'enseigne l'obstétrique et que je fais des accouchements. Ce principe et cette pratique, que m'ont enseignés mes maîtres de l'école d'accouchement de Philadelphie, c'était que l'accouchement par le forceps devrait se faire en pressant sur l'articulation de l'instrument directement en bas et en arrière, en même temps qu'on imprimerait aux manches un mouvement en haut et en avant. Dans mes cours je me suis étendu un peu plus sur les détails de cette manœuvre, parce que je sens toute l'importance d'une étude complète de l'accouchement au forceps. C'est peut-être, de toute l'obstétrique, le point sur lequel on doit donner les notions les plus exactes, et cependant c'est un de ceux que les auteurs traitent avec le moins de détails.

J'ai formulé cette règle à mes élèves : que, dans tous les cas

où l'on emploie un forceps courbe, la résistance des parois pelviennes doit être vaincue à l'aide d'une force d'extraction que l'on obtient en exerçant une pression constante en bas avec la main appliquée sur l'articulation dans la direction et parallèlement à l'axe du bassin, par rapport au point où se trouve la tête, et en soulevant en haut les branches du forceps dans une direction opposée, sans faire de tractions dans le sens de la longueur des manches. On a ainsi un levier du premier genre : la main, placée sur l'articulation et pressant en bas, représente le point d'appui, la tête de l'enfant constitue la résistance et la main placée sous les manches du forceps, la puissance. En outre, comme dans tout levier le mouvement s'effectue dans un arc de cercle, décrit avec le petit bras comme rayon autour du point d'appui comme centre; de même ici la force déployée a pour effet de faire mouvoir la tête dans une courbe dont le centre se trouve à l'arcade pubienne et dont le rayon est représenté par la distance de ce point au centre du mouvement qui est le centre de la tête fœtale; aussi l'arc de cercle dans lequel se meut la tête se trouvera être exactement la ligne courbe qui constitue l'axe du bassin. C'est pourquoi nous appliquons notre force exactement à l'endroit où il le faut et de la manière qu'il le faut, dans la ligne de résistance et la ligne de mouvement, obtenant ainsi la plus grande économie possible de force et le moins de frottement possible. A l'aide de cette manœuvre, les manches du forceps ne sont plus des agents de traction, ce sont des leviers qui servent à l'extraction, et le forceps, de tracteur qu'il était, devient un instrument extracteur. Il n'y a aucune force dépensée dans la direction de leur longueur, et l'on n'a plus besoin de ces appareils qui donnent au forceps un aspect terrible, comme les crochets qui se trouvent à l'extrémité des manches, les anneaux ou les rebords saillants placés au niveau de l'articulation, qui désormais deviennent inutiles.

Comment allons-nous procéder à l'opération? Après avoir placé les cuillers où elles doivent l'être (c'est-à-dire *invariablement* sur les parties *latérales* de la tête), on attend qu'il vienne une douleur expulsive; alors, se plaçant entre les cuisses de la

patiente, on saisit fortement de la main droite les manches du forceps, puis l'on applique la face palmaire de la main gauche sur l'articulation de l'instrument, ou, si les branches sont plus longues que de raison, comme cela arrive à presque tous les forceps, on se rapproche de la tête et l'on place l'index sur le vertex, — on serre les manches de façon à avoir une prise solide et à diminuer la résistance par la compression ; puis, pressant en bas et en arrière avec la main gauche, parallèlement à l'axe, on presse en haut avec la main droite placée sous les manches. Cette pression doit s'exercer toujours dans le même sens, sans faire de mouvement latéral ou antéro-postérieur, en se rappelant que la nature fait progresser la tête toujours dans la même direction sans mouvement de zigzag. Tout d'abord la pression sur les manches sera un peu supérieure à celle exercée sur l'articulation. Comme après s'être engagée la tête descend selon la ligne droite qui représente l'axe du détroit supérieur, les manches conserveront à peu près la situation horizontale ; mais quand elle est arrivée dans la partie courbe de l'axe, les manches doivent décrire, de plus en plus rapidement, un arc de cercle autour de la symphyse pubienne, au point d'être parallèles à la paroi abdominale, quand la tête a franchi la vulve. Dans tout ce mouvement on ne trouvera pas un temps qui puisse être regardé comme une traction selon la longueur des manches ; la véritable force d'extraction a été appliquée au point d'appui, par la main gauche qui pressait sur l'articulation.

Qu'y a-t-il en cela de différent de l'enseignement d'Osiander ? Simplement l'absence de mouvements circulaires ou rotatoires, qui non seulement viendraient compliquer l'extraction en diminuant la force efficace du levier, mais encore produiraient des contusions du vagin et de la vulve, ainsi que je crois l'avoir démontré dans un travail publié il y a deux ans. C'étaient précisément ces mouvements de rotation qui avaient fait condamner la méthode d'Osiander par les Allemands. Charles et Gustave Braun et d'autres, depuis que la brochure d'Hermann, récemment déterrée, est l'objet de discussions, l'ont rejetée simplement à cause de ces mouvements de latéralité qu'elle

préconisait. Mais, comme il est facile de le voir, ces mouvements circulaires ne constituent pas la partie essentielle de la méthode, — ils sont, au contraire, un obstacle, parce que la force d'extraction se trouve mal appliquée et s'épuise en vain. Mais nous ne devons pas rejeter ce qu'il y a de bon dans l'ancienne pratique d'Osiander, ni la condamner complètement ou lui refuser tout mérite, parce qu'à cette époque on ne possédait pas sur les autres points les connaissances aussi étendues qu'aujourd'hui. En outre, l'expression bizarre de « faire porter le poids du corps sur l'articulation du forceps » pourrait indisposer le lecteur contre lui, mais c'est simplement une expression forcée, car dans la méthode actuelle, elle s'applique à un mouvement qui est loin d'être violent.

Pour ce mouvement, il ne nous faut rien autre chose que l'ancien forceps, et le meilleur de tous est encore celui de Davis, et je salue avec satisfaction la rentrée en faveur d'un instrument laissé dans l'oubli, dans ce fait que M. Lusk a adapté à son forceps la cuiller de celui de Wallace, qui n'est qu'un forceps de Davis un peu moins long, avec son excellente courbure. Avec un Davis à manches courbes, qui est le modèle original, on peut, à moins de résistance très grande, faire l'accouchement facilement d'une main; en tenant le manche dans la paume, le bord du pouce faisant point d'appui, et, à l'aide d'un mouvement d'abduction du poignet, on transforme ainsi les manches en un bras de levier qui constitue la puissance. Le peu de distance qui sépare l'articulation des cuillers ou plutôt le peu de longueur des branches favorise la pression en bas parallèlement à l'axe.

DISCUSSION.

D[r] Lusk. — Je trouve que le forceps de Tarnier est passible d'une objection, c'est que son application est très limitée. Ce que je puis dire en sa faveur, c'est que, dans les cas où l'on peut l'appliquer, il est supérieur à tous les autres. Il est applicable à la partie supérieure du canal pelvien, mais à partir du détroit

inférieur, c'est l'instrument le plus dangereux. Une autre objection qu'on a faite au forceps Tarnier, c'est l'existence de la vis de compression. Tout d'abord, j'ai cru que c'était une objection fondée et, lors de l'apparition de l'instrument, je lui ai fait l'opposition la plus violente; mais les cuillers de l'instrument sont si résistantes, et l'on peut si bien régler le degré de compression, qu'aujourd'hui je suis revenu sur cette objection. La compression de la tête dépend du degré de traction que l'on exerce et on a dit que la main de l'accoucheur devait être pour cela le seul guide, mais je ne vois pas que cela soit nécessaire avec des branches aussi fortes que celles de l'instrument de Tarnier. En outre, pour mettre cette objection à néant, Tarnier a appliqué son forceps sur la tête d'un enfant après l'accouchement en serrant la vis de compression et l'a laissé ainsi pendant quatre heures, pour prouver que la tête ne pouvait pas être lésée. Tout ce que je retiens de l'instrument de Tarnier, c'est que : toutes les fois que le bassin est un peu rétréci ou que les circonstances exigent un accouchement immédiat, quand la tête est au détroit supérieur et qu'on est obligé de faire une application de forceps dans la cavité utérine, il y a avantage à employer l'instrument à traction dans l'axe. C'est seulement dans les cas difficiles et dans les circonstances précédentes que je recommanderais d'employer cet instrument. Le Dr Smith propose de triompher des inconvénients de l'ancien forceps en pressant en bas d'une main, tandis que de l'autre on élève l'instrument; et souvent on pourra pratiquer cette manœuvre avec succès ; mais avec l'instrument de Tarnier on peut tirer le centre de la tête dans l'axe du bassin avec une précision mathématique et en épargnant considérablement les forces. Bien que l'on puisse arriver au même résultat avec l'ancien forceps, je vous ferai à cet égard ce raisonnement : c'est que si vous allez à Albany, vous avez à votre disposition la diligence et le chemin de fer, alors pourquoi ne pas choisir ce dernier mode de locomotion. Je crois qu'avec le forceps de Tarnier, les parties molles de la mère et celles de l'enfant sont moins sujettes à être lésées qu'avec les anciens modèles; cependant, quand la tête a franchi

détroit supérieur, et que les parties situées au-dessous viennent s'insinuer entre les cuillers et que les manches commencent à s'élever, alors j'enlèverais tout à fait le forceps et j'en appliquerais un autre pour diriger la tête sur le plancher du bassin. Avant que la tête ne franchisse la vulve, on devrait retirer l'instrument et aider le passage de la tête, en introduisant les doigts dans le rectum, s'il en est besoin. Je désirerais que l'instrument ait subi l'épreuve de la pratique, car c'est en réalité le seul dont on puisse tirer des déductions logiques. La plupart des objections qui ont été faites à l'instrument reposent sur un point de vue théorique plutôt que pratique. Mais je suis tout à fait d'accord avec le Dr Smith, relativement aux mouvements de latéralité qu'on imprime au forceps. (Le Dr Lusk fait voir sur le mannequin la façon dont on applique le forceps de Tarnier, et explique la modification qu'il y a apportée.)

M. Fordyce Barker. — J'ai peu de chose à dire, car mes opinions sur ce sujet ont été publiés dans l'*American Journal of Obstetrics*, et je les ai récemment exprimées au Congrès médical international où l'instrument de Tarnier a fait le sujet d'une discussion à laquelle l'inventeur lui-même a pris part. J'ai été amené à faire connaître mes idées à cette occasion et elles seront publiées dans le compte rendu du Congrès. Cependant, je puis déclarer que mes opinions sont presque exactement les mêmes que celles de M. Lusk. L'instrument de Tarnier est très utile dans un nombre restreint de cas où il est venu remplir une lacune qui existait dans la fabrication du forceps.

Son application doit se borner à ce groupe de cas où il est nécessaire de terminer immédiatement l'accouchement, par exemple, en présence de convulsions, quand la tête est au détroit supérieur, ou quand le bassin est rétréci et qu'on ne peut faire l'extraction avec le forceps ordinaire.

Le grand principe de l'instrument est celui-ci : que, sans léser les parties molles, on peut exercer la traction exactement dans l'axe du détroit où se trouve l'enfant. Quand la tête a

franchi l'axe du détroit supérieur du bassin, l'instrument devient dangereux, et on doit le retirer immédiatement.

C'est un instrument utile dans ses applications limitées. Je demande pardon au docteur Smith, dont j'ai écouté le mémoire avec grand intérêt, mais je ne suis pas d'accord avec lui quand il dit que le principe d'Osiander et celui d'Hermann sont les mêmes que celui de Tarnier. Selon moi, il existe entre eux cette différence capitale que, dans le forceps de Tarnier, la traction ne se fait pas au moyen des manches. Ceux-ci, en effet, n'ont rien à faire avec la traction et leur rôle se borne à indiquer la direction que suit la tête. Cette direction est exactement la même que celle qu'elle prendrait si elle était poussée lentement en arrière par la contraction utérine, et c'est là le mécanisme normal du travail. Cet instrument laisse la nature accomplir son œuvre et l'accoucheur n'a, avec les branches de traction, qu'à se guider sur ce que la nature fait; tandis que, avec la méthode d'Osiander et l'instrument d'Hermann, l'accoucheur suit plus ou moins la direction qu'il suppose que la tête *devrait* prendre, ce qui diffère absolument de l'exactitude mathématique avec laquelle on opère avec l'instrument de Tarnier. Le Dr Smith nous a exposé une théorie séduisante, mais elle me paraît, dans certains cas, entièrement impraticable. Mon avis c'est que, dans certains cas, il y a une impossibilité physique d'appliquer le forceps sur la tête de l'enfant, au détroit supérieur, et, qu'en raison de la résistance du périnée, on ne peut appliquer le forceps ordinaire dans la catégorie de cas où je voudrais qu'on se bornât à se servir de l'instrument de Tarnier.

M. Howard. — J'ai écouté avec grande attention la théorie de M. Smith sur la véritable action du forceps. Il a clairement établi que cette action devrait se rapprocher autant que possible de celle de la nature, sans léser les tissus de la mère ni ceux de l'enfant, et en épargnant les forces de l'accoucheur, et qu'afin d'arriver à ce but, la force déployée devait être contraire à la ligne de résistance et se rapprocher le plus possible de l'axe du bassin. Tel est le problème à résoudre, mais la méthode qu'il adopte est-elle la meilleure pour y arriver? L

ious a montré qu'Osiander en 1799 avait été le premier à insister sur la nécessité de tirer dans l'axe et que beaucoup plus ard, Hermann, en 1844, avait précédé Tarnier qui s'était approprié ses principes, sans les connaître.

Cependant, M. Simpson soutient que, quoique le forceps l'Hermann ait quelques caractères communs avec celui de Tarnier, leur principe d'action est différent. Mais quoi qu'il en soit, rien ne prouve que Tarnier connaissait le forceps (d'Hermann, et l'histoire de la médecine est remplie de grandes découvertes qui ont été faites par différents individus séparément. Mais il est incontestable que le travail des autres est resté stérile et qu'il était réservé à Tarnier de démontrer le véritable principe de la traction dans l'axe, de forcer les accoucheurs les plus éminents du monde entier de l'adopter et d'ajouter à l'arsenal obstétrical l'instrument le plus important qui ait été inventé dans ces vingt dernières années.

Le Dr Smith nous dit, avec une bonne foi admirable, que la traction dans l'axe peut être réalisée à l'aide du forceps ordinaire et que quant à lui il donne de beaucoup la préférence à l'instrument de Davis sur tous les autres. Je me suis servi pendant longtemps du forceps de Davis, mais depuis un certain nombre d'années, je l'ai laissé de côté pour celui de Simpson, dont l'application est plus facile et plus inoffensive.

Pour obtenir la traction dans l'axe, le Dr Smith exerce une forte pression, en bas, sur l'articulation, avec la paume de la main gauche, parallèlement à l'axe, l'index se trouvant en contact avec la tête de l'enfant, tandis que, avec la main droite placée sur les manches, il contrebalance la pression en bas en soulevant l'instrument en haut (et faisant ainsi levier. Qu'on puisse faire cela, c'est ce qu'il nous a parfaitement démontré, et je ne doute pas qu'il n'y arrive parfaitement dans la pratique. Cependant cette pratique demande une grande expérience, et souvent une grande force physique quand la tête de l'enfant se trouve au niveau et au-dessus du détroit supérieur. Il nous a dit qu'il avait souvent mis cette manœuvre en pratique avec le forceps de Davis quand d'autres avaient tiré sans résultat

pendant des heures avec le forceps de Hodge et celui de Simpson. Mais presque toujours cela demande une grande dépense de forces qui produit, pendant plusieurs jours, de la raideur douloureuse des muscles des bras et des jambes. Probablement que quelques-uns d'entre nous se souviennent de semblables expériences, et ceux qui ont employé le forceps de Tarnier viendront affirmer, qu'avec cet instrument, l'accouchement au niveau et au-dessus du détroit supérieur peut être fait avec facilité et en toute assurance, sans léser en quoi que ce soit la mère ou l'enfant. Mais passons en revue les objections que le Dr Smith a faites au forceps Tarnier.

Il le regarde comme « extrêmement dangereux », surtout en ce qui concerne la vis de compression. Mais il avoue naïvement qu'il ne l'a jamais appliqué sur le vivant et que son expérience personnelle ne lui permet pas de soutenir son allégation, et il n'a rapporté l'expérience d'aucun autre pour prouver ce qu'il avançait. D'autre part, nous venons d'entendre MM. Barker et Lusk qui, d'après leur propre expérience, sont venus démontrer que le forceps Tarnier n'était pas dangereux, entre des mains habiles, car tout forceps peut être très dangereux quand il est manié par un individu maladroit. Le danger que l'on attribue à la vis transversale me paraît absolument imaginaire. On a eu tort de l'appeler vis de *compression*. Quand les cuillers sont bien exactement appliquées sur la tête de l'enfant, l'accoucheur rapproche avec sa main les manches de l'instrument seulement pour empêcher les cuillers de glisser, et alors il fixe la vis, jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment serrée. En d'autres termes la vis règle exactement le degré de pression que l'accoucheur juge suffisant et rend ainsi impossible toute pression plus grande. Aussi, serait-il plus juste de l'appeler vis régulatrice.

Avec le forceps ordinaire, en comprimant les cuillers avec la main et en exerçant la traction, on a constamment de la tendance à augmenter le degré de pression en raison directe du degré de force nécessaire pour faire une traction efficace. L'accoucheur augmente instinctivement la force de compression

en raison directe de la résistance qu'il a à vaincre. Quand, imitant la nature, il cesse ses tractions dans l'intervalle des douleurs, il fait cesser par cela même la compression ; et, dans l'instrument de Tarnier, il en est de même pour la vis régulatrice qu'on peut desserrer. Cependant, si l'on avait tant à redouter le degré de pression produit par cette vis, il n'y aurait simplement qu'à ne pas s'en servir ; la compression que l'on jugeait nécessaire pour empêcher le glissement des cuillers peut être faite avec une main, tandis qu'avec l'autre on tire sur les branches de traction. Mais pourquoi revenir sur un sujet qui a subi l'épreuve de l'expérience ? Budin nous a appris, dans la discussion qui eut lieu au Congrès médical international, que Tarnier et lui ont maintenu la pression appliquée sur la tête d'un enfant pendant dix à quinze minutes après sa naissance, sans produire aucune lésion, et que Duret a montré expérimentalement qu'une compression brusque produit des lésions cérébrales, tandis qu'une pression lente et continue n'a aucun effet.

Une seconde objection faite par le Dr Smith au forceps de Tarnier, c'est qu'il est compliqué. J'avoue que quand j'ai lu le mémoire du Dr Barker sur cet instrument, cela a été également mon impression. Puis quand j'ai vu l'instrument et étudié son mécanisme, je remarquai qu'en diminuant la longueur des manches qui ne sont jamais employés pour la traction et en substituant la modification de M. Lusk (pour fixer les branches de traction au lieu de l'articulation par emboîtement de Tarnier, l'instrument serait très simplifié tout en conservant ses qualités essentielles. L'instrument ainsi modifié est là devant vous, et il est aussi facile de l'introduire et de l'articuler que les autres forceps. Aussi, je ne crains pas de dire que l'instrument de Tarnier n'est compliqué que pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec son emploi.

Enfin, le Dr Smith refuse au forceps Tarnier de faire la traction dans l'axe et même il insinue que cet instrument exerce une traction aveugle. Quant à moi, il me semble au contraire que la traction se fait directement dans la ligne de l'axe avec

la plus grande économie de forces possible pour l'accoucheur et qu'il remplit exactement les indications de la véritable traction, dans l'ordre où le Dr Smith les a posées lui-même. En se servant du forceps ordinaire quand la tête est au niveau ou au-dessus du détroit supérieur, la courbe pelvienne expose les tissus maternels à être lésés, fait presser la tête contre la symphyse pubienne et le degré de forces, inutilement dépensées en faisant la traction, est en raison directe du degré selon lequel on s'est écarté de l'axe. Si, comme c'est l'habitude, on essaie d'obvier à cette tendance inévitable du forceps ordinaire en pressant de la main gauche sur l'articulation, on est obligé de faire la traction d'une seule main.

Avec le forceps Tarnier, on tire avec les deux mains en se maintenant aussi près qu'il est possible dans la véritable ligne de l'axe et l'accoucheur peut utiliser si cela est nécessaire toute la force qu'il possède. Et bien loin de faire les tractions d'une façon aveugle, comme le suppose M. Smith, lorsque les branches de préhension s'élèvent, elles indiquent la ligne que suit la tête en décrivant le véritable axe de traction. J'ai eu, peu de temps après vous avoir présenté le forceps, l'occasion d'en apprécier la valeur. Mon ami, le Dr Williams, m'avait appelé en consultation pour voir une primipare âgée de plus de 30 ans. La tête se présentait en occipito-antérieure gauche, mais la rotation ne s'était pas effectuée. C'est un de nos plus habiles accoucheurs, et à deux reprises différentes il n'avait pu réussir à terminer l'accouchement avec le forceps de Hodge. J'essayai de l'instrument de Simpson et j'échouai également. J'employai alors le forceps Tarnier, et je fus surpris de la facilité et de la rapidité avec laquelle l'accouchement se fit. Quelque temps après, je m'en servis pour une primipare âgée de de 32 ans. La présentation était en occipito-postérieure, et je fis facilement l'accouchement d'une seule main.

Et, en réalité, la puissance de l'instrument est telle qu'elle constitue un véritable danger entre des mains inexpérimentées et maladroites. MM. Barker et Lusk retirent le forceps de Tarnier pour lui substituer celui de Simpson quand la tête est ar-

ie au plancher du bassin ; quant à moi, cela ne m'a pas paru essaire dans les cas que je viens de rappeler. MM. Simpson Tarnier ne suivent pas non plus cette pratique.

e forceps que je vous présente maintenant est la dernière dification que Tarnier a apportée à son instrument, et cet auteur ingénieux a eu l'obligeance de m'en montrer le mament sur le mannequin.

M. Tarnier a expliqué au Congrès international qu'il avait pprimé la courbure périnéale pour les raisons suivantes :

1° Dans les applications directes, le forceps à courbure ordiire est plus facile à appliquer que l'instrument à courbure péiéale;

2° Dans les applications obliques, la convexité de la courbure rinéale vient heurter une des branches ischio-pubiennes, ce i fait dévier le manche de l'instrument dont l'action est alors fectueuse ;

3° Avec le forceps à courbure ordinaire, quand on veut immer à la tête fœtale un mouvement de rotation autour de axe fictif de l'excavation pelvienne, les manches de l'insument doivent décrire à l'extérieur un arc de cercle (1).

M. Elwood Wilson. — Je suis très heureux d'entendre dire ue dans un grand nombre de cas on doit rejeter le forceps de arnier, surtout quand le travail est avancé et qu'alors il est ngereux. C'est un instrument qui n'est pas fait pour extraire enfant quand la tête est sur le plancher pelvien. Je crois que difficulté principale dans l'accouchement au détroit supérieur iège dans le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du assin. Très souvent cela se borne à un rétrécissement marinal et la plupart du temps en donnant à la femme au moment ropice des conseils appropriés aux circonstances, on la mettra même de faire franchir à la tête le rétrécissement marginal et éviter ainsi toute intervention instrumentale.

De plus, je constate que M. Lusk applique le forceps de Tarier non pas sur les parties latérales de la tête de l'enfant, mais

(1) *Extraits des mémoires présentés au Congrès international*, p. 336.

sur les côtés du bassin, et si on agissait ainsi sur le vivant, mettrait au monde des enfants qui auraient des névralgies nerfs sus-orbitaires. J'ai l'habitude d'appliquer le forceps les parties latérales de la tête de l'enfant; cela peut se faire au facilement au détroit supérieur que partout ailleurs, et je n' pas besoin d'un instrument plus perfectionné que le forceps Davis, dont le Dr Smith se sert lui-même. Je n'ai pas non p expérimenté le forceps Tarnier, et par conséquent je dois cepter la critique que mon objection est plus théorique q pratique. J'ai été fort surpris d'apprendre que cet instrum avait reçu l'approbation enthousiaste d'un certain nombre d médecins de New-York, et, en particulier, de gens aussi di tingués que le Dr Barker et autres. Je serai très influencé p ce qu'ils ont dit, bien que je considère cet instrument com compliqué, ne pouvant convenir à beaucoup de cas et ne devant pas entrer dans la pratique usuelle.

M. Taylor. — Mes idées à l'égard du forceps sont très simples. Il doit suivre les indications fournies par les forces utérines et la direction de l'axe du bassin. Tout forceps doit être un forceps à traction dans l'axe. On a un axe fictif pour le détroit supérieur, pour l'excavation, pour le vagin, etc., et le forceps doit exercer la traction en bas, en avant, etc. Cependant, dans la traction exercée par le forceps, j'appellerai l'attention sur un point qu'on a trop négligé, c'est que la forme du pubis n'est pas la même dans tous les cas. J'ai eu la preuve de ce fait dans un cas où j'étais appelé en consultation. Comme on ne pouvait extraire l'enfant avec le forceps courbe par suite d'une forme particulière de l'arcade pubienne, on se demanda s'il fallait pratiquer la craniotomie. Je m'y opposai, parce que l'on s'était servi d'un forceps courbe au lieu d'un droit et je proposai d'essayer ce dernier. C'est ce que l'on fit et l'enfant vint au monde quelques instants après. La nature nous apprend que nous devons exercer la traction en bas au détroit supérieur et en haut au détroit inférieur. Il n'est pas une tête qui, en suivant le bassin, ne décrive une courbe parabolique. Ce qu'il y a d'important, ce n'est pas tant l'instrument lui-même que la

›nnaissance exacte de l'axe et la direction dans laquelle on oit tirer; toutes choses que la nature nous enseigne. Je ne ois pas le grand avantage que possède le forceps Tarnier. Je e l'ai pas employé, mais je ne vois pas en quoi la traction ans l'axe appartient à cet instrument plutôt qu'à d'autres. Peu nporte le forceps dont on se serve; si l'on a une juste idée de axe du bassin, on pourra se servir de n'importe lequel. Quelquefois, en appliquant le forceps, on ne peut arriver à tirer la ête en bas et, après avoir essayé pendant quinze à vingt minutes, j'ai retiré l'instrument, puis je l'ai réappliqué et la tête de 'enfant est venue avec la plus grande facilité. D'autres fois, je onsidère le forceps comme un obstacle. Depuis vingt-cinq ins je n'ai jamais retiré avec le forceps une tête au périnée; à cette période du travail, j'enlève toujours l'instrument et j'extrais la tête à l'aide de deux doigts placés à la partie postérieure du périnée, en l'énucléant facilement dans l'intervalle des contractions.

M. G. Thomas. — Je n'ai pas eu l'avantage d'entendre la lecture du mémoire du Dr Smith, aussi je me bornerai à faire connaître mon opinion sur le forceps Tarnier, dont j'ai quelque expérience. Je suis un de ceux qui croient que l'on doit faire l'application de la mécanique à la médecine. Il me semble que l'on est en grande partie redevable des récents progrès, qui ont été faits dans l'étude des différentes maladies, à l'invention des instruments de précision et au perfectionnement des applications mécaniques. On savait peu de choses des maladies du poumon avant la découverte de l'auscultation et de la percussion et l'usage du stéthoscope. Aujourd'hui, les affections de l'œil ne sont plus un mystère, grâce à l'ophthalmoscope. Le laryngoscope permet d'examiner directement le larynx, et les affections de l'utérus ont pu être étudiées avec grand profit depuis l'invention du spéculum. Chamberlain, par son forceps original, nous a fourni une nouvelle méthode d'extraire la tête de l'enfant. Depuis cette époque, il faut arriver jusqu'à Smellie pour trouver un perfectionnement de l'instrument, la courbure pelvienne, et, depuis lors, quel nouveau principe

a-t-on découvert? Aucun jusqu'à Tarnier. Le Dr Barker a exprimé tout à fait ce que je pense, quand il a dit que le forceps : Tarnier avait développé une nouvelle force dans l'art obstétrical. Je me suis servi de l'instrument quand j'ai eu à extraire une tête au détroit supérieur et j'en ai été extrêmement satisfait. Je crois que le principe sur lequel il repose est absolument exact, quand bien même on introduirait quelques modifications dans la forme de l'instrument ou dans la manière de l'appliquer. Je ne l'appliquerais pas toujours quand la tête de l'enfant est située très bas dans le bassin. Mon but a été d'amener la tête très bas dans le bassin, puis j'ai enlevé l'instrument et j'ai achevé l'accouchement avec le forceps ordinaire. Mon appréciation de l'instrument est celle-ci : c'est que, reposant sur un principe mécanique d'après lequel on peut faire la traction d'une façon mathématique, dans l'axe du détroit supérieur, il remplit un grand désidératum, dont on retirera un profit immense.

M. Reamy. — Mon ami le Dr Howard a prétendu que ceux qui ne sont pas partisans du forceps Tarnier ne l'ont pas expérimenté. C'est une erreur que je considère comme un devoir pour moi de relever. Tout le monde sait que j'ai enseigné l'obstétrique pendant longtemps et que j'ai souvent été appelé en consultation pour accoucher des femmes en travail. Et, aujourd'hui, je ne recommande pas à mes élèves de se servir du forceps Tarnier, bien que j'en aie fait l'essai souvent et même assez souvent pour pouvoir avoir une opinion très arrêtée à son égard. Je suis convaincu que, non seulement son emploi doit se borner aux cas où la tête est au détroit supérieur, mais encore seulement dans une certaine catégorie de ces cas comme le dit M. Lusk, qui a montré ceci, que nie le Dr Howard, que l'instrument doit être appliqué aux parois du bassin et non en rapport à la tête de l'enfant. Le Dr Howard fait aussi remarquer que son emploi ne doit pas être limité. Quant à moi, il m'a été impossible de suivre cette manière de faire. Dans au moins 65 pour 100 des cas d'application au détroit supérieur, qui réclament de la force de la part de l'accoucheur,

'est la plupart du temps parce qu'il y a un rétrécissement du iamètre antéro-postérieur, ainsi qu'on l'a dit. Mais quand on xerce la traction sur le forceps, les diamètres de la tête, qui ne eut passer dans l'ouverture rétrécie, sont augmentés dans une aible limite, bien entendu; or, deux centimètres constituent léjà une augmentation considérable, quand on a une tête qui ie peut déjà pas passer. En outre, les instruments dont e me sers, je ne les applique pas latéralement, mais obliquement, dans le diamètre oblique droit ou gauche, une cuiller en arrière de l'oreille de l'enfant et l'autre en avant, et quand on fait la compression, le diamètre transverse de a tête est positivement diminué un peu et, dans la plupart le ces cas, si l'on fait la traction à ce moment, on peut aire franchir le rétrécissement à la tête. Mon opinion est que, orsqu'on a à déployer une grande force dans un cas de rétrécissement pelvien, n'occupant pas seulement le diamètre conjugué, l'instrument de Tarnier, bien appliqué, répondra au but peut-être mieux qu'aucun autre, mais ces cas sont si rares qu'il n'y a guère que ceux qui font un grand nombre d'accouchements, qui auront l'occasion de l'employer. La condition essentielle pour bien faire un accouchement, c'est de bien connaître les détroits du bassin, les caractères et le siège des rétrécissements et de savoir appliquer la force mécanique dans la direction convenable avec un instrument convenable. Pour moi, l'instrument de Tarnier ne sera utile que dans un nombre de cas très limité, telle est l'opinion que je m'en suis faite après l'avoir expérimenté.

M. Smith. — Mon mémoire n'avait pas pour but d'attaquer le forceps Tarnier, je voulais simplement essayer de montrer que l'ancien forceps pouvait remplir tous les usages, pourvu qu'il soit appliqué selon le principe de la traction dans l'axe, à l'aide d'un levier. C'est principalement sur ce principe du levier que je veux appeler l'attention, parce que je crois que, jusqu'à Tarnier, personne, parmi ceux qui ont enseigné la traction dans l'axe avec l'ancien forceps, ne l'a pratiquée d'après la méthode d'Osiander. L'idée qui a toujours dominé, a été de tirer dans le

sens de la longueur des branches. Cette idée est absolument en opposition avec le principe énoncé par Osiander qui, je le soutiens, est le véritable principe d'extraction. Les manches du forceps ne sont autre chose que des leviers qui suivent la tête de l'enfant et tournent autour du ligament pubien comme centre

J'attaque simplement le forceps Tarnier sur ses vues théoriques et comme un des moyens de faire la traction dans l'axe, qui diffère de celle que l'on pratique avec l'ancien forceps.

Maintenant, je n'affirme rien de plus que ce qui vient d'être dit ici, c'est que l'emploi du forceps Tarnier est limité, d'après MM. Lusk, Thomas et autres qui ne se servent de l'instrument que quand la tête est au détroit supérieur et qu'il faut terminer promptement. On a même ajouté que l'instrument était dangereux quand la tête se trouvait très bas dans le bassin, ce qui n'est pas le cas de l'ancien forceps, comme tout le monde le sait. Son emploi se trouve donc limité au détroit supérieur et ici je m'écarterai de mon ami le Dr Barker qui prétend que c'est cela qui plaide le plus en sa faveur, car l'ancien forceps ne peut être appliqué sur les parties latérales de la tête au détroit supérieur.

M. Barker. — Le Dr Smith m'a certainement mal compris, car j'ai voulu dire que quand la tête de l'enfant est au détroit supérieur, il n'est pas toujours possible d'appliquer le forceps et de faire la traction dans la direction indiquée par lui, par suite de la résistance qu'oppose parfois le périnée. C'est-à-dire que, par suite de la direction imprimée aux manches du long forceps par le périnée, il y a des cas où la traction ne peut être faite dans la direction indiquée avec la même innocuité pour les parties molles que si l'on employait le forceps Tarnier.

M. Smith. — Je ne vois pas bien l'importance pratique qu'a l'argument du Dr Barker en faveur du forceps Tarnier. L'ancien forceps peut être appliqué sur les parties latérales de la tête de l'enfant au détroit supérieur et la traction peut être faite dans la direction où nous voulons diminuer la résistance. Quand on applique l'ancien forceps au détroit supérieur de cette façon.

les manches se trouvent presque au centre du périnée et j'ai toujours constaté qu'il cédait assez pour permettre d'exercer la traction presque dans l'axe. Voyons maintenant ce qui a trait à la rotation. Mes collègues ont dit que l'avantage spécial du forceps Tarnier consistait en ce qu'il favorisait la rotation dans la direction convenable. Cependant, supposons que le forceps soit appliqué en seconde position, occipito-postérieure droite; nous savons que la nature fera tourner cette tête en avant. Supposons que l'on applique le forceps de façon à lui donner cette direction, le bord convexe se trouve en arrière, le bord concave à gauche, et, comme on tire directement en bas, la traction se fait directement dans l'axe. Or, il est facile de comprendre que le forceps est oblique et que la traction principale s'exerce surtout sur la branche gauche de l'instrument et que la traction aura de la tendance à tordre cette branche et la faire tourner en avant, de sorte que la face convexe des cuillers se trouvera vers les parties latérales du bassin et l'on a tout simplement outragé les lois de la nature, puisque l'on a fait une rotation postérieure, quand elle en exigeait une antérieure.

Wasseige, de Liège, a toujours appelé l'attention sur ce point, et je pense qu'en fait de rotation on peut regarder le forceps Tarnier comme sujet à caution,

MM. Barker, Lusk, Thomas, retirent tous le forceps Tarnier, quand la tête est arrivée à un certain degré de sa descente. Nous savons aujourd'hui que parfois la tête vient, par un mouvement brusque, tout d'un coup jusque sur le plancher du bassin. On doit donc alors enlever de suite le forceps qui est devenu dangereux et ce sera bien plus difficile à faire en raison de la contraction utérine qui pousse fortement la tête contre le périnée, que si l'on s'était servi du forceps de Davis, qui d'ailleurs ne présente aucun danger.

Le Dr Barker prétend qu'il y a moins à craindre pour les parties molles avec le Tarnier qu'avec le Davis. Mais je lui demanderai quel danger il peut y avoir, puisque les parties proéminentes de la tête de l'enfant font saillie à travers les fenêtres des cuillers, et que ce sont elles seules qui sont en contact avec

les parties molles du bassin. Il n'existe pas au monde un instrument qui surpasse le forceps Davis, pour donner autant de sécurité à la mère comme à l'enfant.

(*Traduit de l'anglais par le* Dr Paul Rodet.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rapport sur un travail de M. Guichard (d'Angers), sur une **opération de Porro chez une femme présentant une cyphose dorsale avec rétrécissement transversal du détroit inférieur, et bassin oblique ovalaire**, par M. Lucas-Championnière.

Cette observation a été publiée *in extenso* dans les *Annales de gynécologie* (mai 1882).

Le bassin très irrégulier de cette femme aurait sans doute permis l'avortement provoqué, et nous aurions été très enclin à le faire. Mais à terme, et vu la situation de l'utérus en dehors de l'abdomen en quelque sorte, la céphalotripsie n'était guère praticable.

En effet, il paraît difficile de fixer une limite pour tous les sujets que certaines circonstances rendent peu comparables, malgré un chiffre identique de rétrécissement. Il me paraît même qu'il faut tenir beaucoup de compte de l'opérateur. On peut admettre que jusqu'à 7 centimètres, la céphalotripsie faite par un chirurgien suffisamment prudent et habile de ses mains, dans de bonnes conditions de milieu, doit avoir fort peu de mortalité. Entre 6 et 7 centimètres, seul un chirurgien très exercé à ces manœuvres doit se le permettre, et même dans ces cas la mortalité augmente beaucoup. Au-dessous de 6 centimètres, la mortalité devient très considérable, même pour les plus habiles.

On objecte, il est vrai, que si on fait la céphalotripsie sans tirer on la rend possible pour des bassins très étroits. Malgré la haute autorité qui conseille cette pratique, je n'admets pas que les tractions aient

cette gravité. Ou le fœtus est très bien broyé, et les tractions n'ajoutent guère à la gravité de l'opération, ou il est mal broyé, et l'accouchement ne se fait pas seul. Mais surtout l'expérience nous apprend que la plupart des femmes qui nous viennent sont hors d'état de supporter une prolongation de travail.

Même avec l'emploi de certains instruments perfectionnés, il faudrait admettre, pour les bassins très étroits, la nécessité absolue de manœuvres par des gens très experts.

Avec la mortalité presque constante de l'opération césarienne, on persistait quand même dans la pratique de la céphalotripsie. Mais si avec les procédés actuels, l'opération césarienne, beaucoup plus à la portée de tout le monde, sauve le même nombre de femmes et conserve l'enfant, n'est-on pas en droit d'y recourir ? Dans le cas actuel donc, je crois qu'il faut approuver, sans réserves, la détermination de M. Guichard.

Mais quelle est la raison déterminante du choix du mode de Porro ?

Nous pensons qu'il faut rabattre de l'enthousiasme provoqué par les premières statistiques, donnant plus de la moitié de guérisons. Il est possible que la résection de l'utérus devienne, par le perfectionnement des procédés, une œuvre plus sûre, mais, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, elle est pleine de dangers que ne peut apprécier celui qui le fait une ou deux fois par hasard, et qui doivent frapper celui qui a eu plusieurs occasions de résections de l'utérus.

Pour apprécier l'importance de l'opération de Porro, il faut se placer à un point de vue général. Or, après la plupart des laparotomies, surtout après l'ovariotomie, deux dangers, le choc, et, dans des cas très rares, la péritonite. Après l'hystérotomie, même danger de choc ou de péritonite très rare; mais en outre, comme danger spécial, nous observons des phénomènes menaçants que nous avons depuis longtemps désignés comme des réflexes morbides résultant probablement de la constriction du plexus considérable du péritoine; ces réflexes morbides sont constitués surtout par une curieuse décoordination du pouls, de la température et de la respiration. Les femmes meurent avec des phénomènes de dyspnée les plus singuliers, avec un affollement du pouls, tandis que la température se maintient presque normale; d'autres avec des phénomènes convulsifs qu'on a quelquefois désignés comme du tétanos; quelquefois la température monte brusquement à une hauteur extraordinaire, et tout cela sou-

vent sans grande douleur, et sans qu'à l'autopsie on trouve trac d'une altération. Même les malades qui guérissent ne sont p exemptes de ces symptômes souvent violents.

Ces troubles réflexes se présentent, soit peu après l'opération, soi encore plusieurs jours après. A cause de la nature de l'opérati les femmes sont placées dans une sorte d'instabilité vitale q quoi qu'on dise, ajoute beaucoup à la gravité de l'opération césarienne.

Il y a encore, après l'opération de Porro, un autre inconvénie dont personne n'a jamais parlé, sans doute parce que personne n donné de détails sur les malades observées dans la suite. Or, semble bien que ce n'est pas impunément que l'on enlève brusquement, en pleine hypertrophie physiologique, l'utérus et les ovaires. Deux de mes malades, observées depuis deux ans et demi, on guéri rapidement dans les meilleures conditions qu'on ait observées. La première a une très légère éventration survenue après plusieurs mois ; la seconde n'en a aucune.

La première a conservé une sensibilité assez vive du ventre, et s prétend hors d'état de travailler. La deuxième a d'abord souffert dans le ventre périodiquement, a eu de véritables règles par le rectum. Elle est devenue hystérique et elle a une sensibilité abdominale q revient par accès. Elle a de temps en temps des phénomènes de congestion très pénibles en diverses régions. En somme, il est cert que ces femmes sont moins valides que les femmes qui ont subi l'opération césarienne simple et que j'ai eu l'occasion de rencontrer. nous sommes convaincu qu'il est possible, avec des précautions antiseptiques, de faire l'opération césarienne avec des succès plus parfaits, dans de très larges proportions. Mais ici les précautions antiseptiques sont beaucoup plus difficiles à assurer que pour l'opération Porro.

Mais en admettant que tout se présente pour le mieux, que le retour à l'opération césarienne soit possible et bon, il y a certains c qui ramèneront toujours à l'opération de Porro, l'hémorrhagie, p exemple, qui n'est pas très commune, mais qui peut se présenter avec une intensité dont on n'a aucune idée quand on ne l'a pas vu. De même, un milieu très mauvais, car alors l'opération césarienne ne pourrait être suffisamment pratiquée. En dehors de ces conditions, j'ai la ferme intention de revenir à l'opération césarienne.

Mais, puisqu'il restera toujours des cas pour l'opération de Porro,

il y a de véritables progrès à accomplir dans la pratique de l'opération. L'incision, au lieu de s'abaisser beaucoup vers le pubis, doit être reportée le plus haut possible. Ainsi placée, la protection antiseptique est plus parfaite, la guérison plus rapide et plus facile. L'utérus sera ouvert à la partie supérieure, ce qui rend l'opération plus facile et plus sûre. On réséquera la moindre quantité possible de l'utérus, ce qui paraît toujours favorable en toute hystérotomie. Je conseille de morceler l'énorme pédicule, non seulement en deux, comme l'a fait M. Guichard, mais en trois, quatre ou cinq portions suivant son volume. Le pédicule unique, tel que je l'ai fait, est très difficile à bien serrer ; le fil se relâche. Il est dangereux, au point de vue des réflexes, à cause de l'insuffisance de la constriction.

Je ne me déciderais pas encore à rentrer dans le ventre le pédicule tout entier qui doit être le siège des lochies, mais je le diminuerais le plus possible sur les parties latérales, comme je l'ai fait dans ma dernière hystérotomie, le liant au catgut et rentrant dans le ventre tout ce qui aboutissait aux trompes, à l'ovaire, et à l'angle supérieur de l'utérus.

L'immobilisation absolue du pédicule, en retardant le plus possible le premier pansement, le 7e ou le 8e jour, me paraît une précaution capitale, et toujours propre à diminuer la tendance aux réflexes morbides. Je repousse comme absolument inutile et difficile le procédé de Muller : sortie préalable de l'utérus de l'abdomen ; le passage préalable d'un fil élastique autour du col est encore une complication sans portée. Au contraire, la modification de l'incision utérine proposée par M. Tarnier : achèvement par déchirure avec le doigt, peut être utile. On pourrait toujours continuer à inciser si elle retardait.

Enfin la méthode antiseptique me paraît une précaution indispensable. Avec ces modifications bien suivies, la mortalité serait très probablement moindre que celle des 72 cas cités plus haut (67 0/0). Pour en juger parfaitement, il faudrait pouvoir grouper les opérations des mêmes opérateurs. Je reviens à l'opération de Guichard. Sa malade me paraît morte avec les réflexes morbides que j'ai observés chez les miennes. Même après cet insuccès, à cause de la difformité extrême de la femme, plus encore qu'à cause de l'étroitesse du bassin, sa conduite chirurgicale mérite d'être approuvée.

M. Anger demande si les troubles observés chez la malade de

M. Guichard ne seraient pas dus à l'empoisonnement par l'acide phénique.

M. Polaillon repousse cette opinion et se rattache à celle qu'a émise M. Lucas-Championnière : accidents nerveux amenés par la section de l'utérus et la constriction des nerfs, dont les lésions retentissent sur la moelle et amènent la mort. Il signale aussi la difficulté d'obtenir l'hémostase du pédicule.

M. Sée dit qu'on a proposé de remplacer la section transversale de l'utérus par une section cunéiforme dont on rapproche les deux parties.

M. Marchand a eu l'occasion de faire récemment l'opération de Porro pour une rupture de l'utérus avec issue du fœtus et du placenta dans le ventre. La malade mourut au bout de douze heures avec des phénomènes de péritonite.

M. Lucas-Championnière dit qu'il ne faut pas attribuer à l'acide phénique les accidents dus au choc traumatique ; mais néanmoins, il ne faut pas placer le pulvérisateur à un demi-mètre de la malade comme on le fait quelquefois, et il faut s'en méfier chez les jeunes sujets.

L'évidement dont parle M. Sée n'est pas applicable dans l'opération de Porro, car alors l'utérus est mou et on s'exposerait ainsi à une grande perte de sang.

La malade de M. Marchand a succombé à la souillure du péritoine produite par l'épanchement du liquide amniotique. La section de l'utérus avec l'écraseur pourrait être conseillée.

(*Séance du 17 mai 1882.*)

Céphalotripsie et opération césarienne. — A propos du rapport précédent, M. Guéniot examine : 1° les résultats peu encourageants que donne la céphalotripsie dans les cas de rétrécissement du bassin ; 2° les difficultés et les dangers considérables qu'elle a présentés, même dans des bassins médiocrement viciés lorsque le chirurgien n'est pas spécialement exercé à ce genre d'intervention.

Il expose tout d'abord que les observations de céphalotripsie dont il a connaissance sont loin de répondre à l'enthousiasme que cette opération avait fait naître il y a une vingtaine d'années, et il ne croit pas que, malgré son incontestable efficacité, elle constitue comme on

l'a cru trop facilement alors un moyen de salut pour les femmes. Des chirurgiens exercés pourront seuls la tenter à 4 centimètres. Au-dessous de 6 centimètres, les médecins peu familiarisés avec la pratique obstétricale ne doivent pas y recourir. La qualité des opérations est donc pour lui, comme pour M. Lucas-Championnière, une des conditions importantes du succès de l'opération. D'ailleurs, ce qui prouve que la céphalotripsie est loin de répondre à toutes les exigences de la pratique, c'est l'enthousiasme avec lequel on a accueilli l'opération de Porro dans ces dernières années. Mais voici que des revers, après une série déjà nombreuse de cas heureux, viennent jeter l'incertitude sur l'avenir de cette opération. M. Lucas-Championnière lui-même, qui s'était montré partisan convaincu de cette méthode, nous avoue sa déception. Or, sans condamner cette opération qui ne peut être encore définitivement jugée, ne serait-il pas bon de reporter un peu l'attention des accoucheurs vers l'antique opération césarienne? Déjà, en 1850, avant que l'opération de Porro eût vu le jour, je l'avais tenté dans un travail spécial, et je désire revenir sur quelques-uns des points traités dans ce travail.

« J'ai conseillé *d'opérer hors du ventre*, mais non comme l'a fait depuis Muller, de Berne, en 1878. Avant d'inciser l'utérus, on doit faire sortir, ce qui est chose facile, sa paroi antérieure à travers la plaie abdominale, *celle-ci ayant une longueur aussi restreinte que possible*. Puis, à l'aide d'une manœuvre spéciale on attire peu à peu l'organe au dehors à mesure qu'il se vide, et cela, de manière qu'aucun liquide provenant soit de l'œuf, soit de la plaie, ne puisse tomber dans la cavité abdominale. Ainsi, toute souillure du péritoine étant évitée, on a plus de chance de conjurer la péritonite, et la présence complète de la plaie au dehors permet en même temps de remédier plus efficacement à l'hémorrhagie.

D'après les détails fournis par M. Guichard sur son opérée, il me semble que celle-ci, en raison de son inflexion utérine, se fût prêtée mieux encore que toute autre à ce genre d'intervention.

Ce n'est pas seulement la longueur de l'incision abdominale que j'ai conseillé de réduire, mais c'est aussi et surtout celle de la paroi utérine.

Le danger de la péritonite et de l'hémorrhagie est d'autant plus à redouter que l'incision utérine est plus grande, et je n'y vois d'autre avantage qu'une extraction plus facile de l'enfant. Mais est-ce que dans les cas de nécessité nous n'arrivons pas à extraire des enfants

vivants à travers un orifice vertical relativement beaucoup plus étroit? Et pourquoi, dans l'hystérotomie, ne pas se contenter d'une ouverture simplement *suffisante*, comme on fait si souvent avec succès dans la version?

La césarienne est une véritable opération de douceur pour le fœtus; naissant par la voie rapide, il n'a pas à souffrir des lenteurs de l'accouchement. Et, d'ailleurs, fût-il retiré en état d'asphyxie, ne serait-il pas très facile, à l'aide de l'insufflation, de le rappeler promptement à la santé?

Le *siège* et la *direction* de l'incision abdominale, l'utilité des adhérences précoces entre l'utérus et la paroi du ventre, de même que les moyens d'en favoriser la production, l'emploi sévère des pratiques d'hygiène et, surtout, de la méthode antiseptique paraissant prêter des considérations de même ordre que les précédentes, je me résume en disant :

1° La céphalotripsie ne peut manifestement répondre qu'à certains cas bien déterminés de dystocie par obstacle mécanique;

2° L'opération de Porro, d'abord accueillie avec une sorte d'enthousiasme, ne paraît pas légitimer les espérances qu'elle avait fait primitivement concevoir;

3° Il serait donc logique de revenir à la section césarienne en s'appliquant à la faire bénéficier de tous les perfectionnements dont elle est susceptible, et en particulier des progrès déjà réalisés dans la chirurgie abdominale.

M. Lucas-Championnière adopte les conclusions de M. Guéniot, mais il lui semble que la dernière limite à laquelle des chirurgiens exercés doivent recourir à la céphalotripsie peut être fixée à 6 cent. L'opération césarienne peut parfaitement réussir, pratiquée par des mains moins habiles. Elle est, du reste, sensiblement plus facile que l'opération de Porro.

Une incision moyenne lui semble préférable à celle que préconise M. Guéniot; l'épanchement du sang et des liquides de l'amnios n'est pas aussi redoutable qu'il le pense.

L'incision doit être pratiquée aussi loin que possible du pubis si l'on veut que les pansements antiseptiques aient toute leur efficacité. La cicatrice est d'autant moins apparente qu'elle répond à une partie plus élevée de l'abdomen.

(*Séance du 24 mai* 1882.)

R. Chenet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Grossesse extra-utérine. — Le Dr Daly présente une pièce montrant une grossesse tubaire dont le kyste s'est rompu au troisième mois. La malade a survécu quatre jours à la rupture. Le diagnostic avait été fait pendant la vie, et l'on avait discuté la question d'ouverture de l'abdomen, qui avait été repoussée en raison de l'état d'abattement de la malade. On avait retiré 250 grammes de sang par la ponction du cul-de-sac de Douglas. A l'autopsie, on trouva environ un litre de liquide répandu dans l'abdomen, mais pas de péritonite.

Le Dr Wiltshire conseille une prompte intervention chirurgicale dans les cas d'hémorrhagie interne produite par la rupture d'une grossesse tubaire ou de celle de varices du ligament large, surtout lorsque, comme dans le cas précédent, le diagnostic avait pu être fait avec exactitude.

M. Lawson Tait est de cet avis. En cas de doute, une incision exploratrice viendrait éclairer le diagnostic, n'exposerait à aucun danger et serait plus utile que la ponction.

Le Dr Carter conseille également l'intervention chirurgicale dans ces cas. La pièce présentée fait voir qu'il aurait été très facile d'enlever le kyste.

Enlèvement des annexes de l'utérus. — M. Lawson Tait présente les pièces de quinze annexes de l'utérus qu'il a enlevées depuis le mois de décembre 1881 pour hydro ou pyo-salpinx. Les malades se plaignaient de douleurs en marchant, ainsi qu'aux époques menstruelles et dans les rapports sexuels. Cinq cas reconnaissaient pour cause la blennorrhagie et quatre étaient dus à l'application de pessaires ou aggravés par eux. Dans tous, il y eut de l'amélioration, et aucune malade ne succomba, et dans presque tous les cas, l'opération a été suivie d'un soulagement immédiat et complet. Il repousse l'appellation de *castration des femmes*, *ovariotomie normale*, parce que ces termes impliquent l'idée que les ovaires enlevés étaient sains. Dans tous les cas dont il présente les pièces, l'opération était la seule chance de soulagement qui pouvait être apportée aux malades.

Tumeur utérine. — Le Dr Carter présente une tumeur utérine du poids de 8 k. 250 qu'il a enlevée. Pour le pédicule, il a employé le serre-nœud de Kœberlé.

Relation des déplacements en arrière de l'utérus avec la menstruation douloureuse. — Le Dr Herman lit un mémoire sur ce sujet. Il est généralement admis qu'il y a des cas de déplacements en arrière de l'utérus, accompagnés de dysménorrhée, qui étaient soulagés en réduisant l'utérus dévié. L'auteur a constaté, d'après sa propre expérience et celle des autres, que cette dysménorrhée était un peu plus fréquente avec la rétroflexion qu'avec la rétroversion. Son travail a pour but de chercher à expliquer ces faits. Trois théories ont été émises à ce sujet. Dans l'une, on prétend que la dysménorrhée est due à l'étroitesse du canal, au point de flexion, et à l'obstruction qui empêche le passage du sang menstruel. L'auteur fait remarquer que l'utérus peut être fléchi à un degré assez étendu, sans mettre obstacle à l'issue du sang menstruel, et qu'il n'y a pas de preuve anatomique que la flexion ait jamais obstrué le canal, excepté quand l'utérus est fixé par des adhérences ou que ses parois sont amincies par une atrophie sénile ; aussi cette théorie ne donne pas l'explication des faits cliniques qu'on observe. La seconde théorie supposait que la dysménorrhée était due à la congestion par étranglement des vaisseaux au point de flexion. L'auteur n'a pas pu constater la preuve anatomique de cet étranglement, ce qui fait que cela ne donne pas encore une explication satisfaisante. D'après la troisième théorie, la dysménorrhée était due à la congestion produite par la pression des ligaments utéro-sacrés sur les veines qui sillonnent les ligaments larges. L'auteur a constaté que la disposition des organes permettait en effet cette compression, et que, dans une observation publiée, on avait fourni la preuve anatomique des effets produits par cette compression; aussi cette théorie étant basée sur l'évidence des faits anatomiques, explique-t-elle bien les symptômes observés. L'auteur termine par les conclusions suivantes :

« La dysménorrhée symptomatique de la rétroflexion dépend souvent, sinon toujours, d'états concomitants ; cependant il y a des cas où elle reconnaît pour cause le déplacement pur et simple, et alors il est probable qu'elle n'est pas due à la flexion, mais bien à ce que les veines des ligaments larges sont comprimées contre les ligaments utéro-sacrés.

Le Dr Smith pense que les symptômes accompagnant la rétroflexion sont, en général, dus à d'autres états concomitants, et que ce n'est que dans la minorité des cas que la flexion seule peut être mise en cause. La constriction produite au point de flexion est plus appa-

rente que réelle. Dans un cas, il a divisé les ligaments utéro-sacrés par le rectum, il s'ensuivit une péritonite à forme bâtarde ; mais depuis, l'utérus a conservé sa position normale.

M. Matthews Duncan fait remarquer que le Dr Herman a relevé deux erreurs : la première, que dans la flexion de l'utérus il y avait une saillie ou un rétrécissement qui obstruait le passage du sang ; la seconde, que, en arrière de cet obstacle imaginaire, la cavité utérine était dilatée. Dans ce travail ainsi que dans la discussion qui a eu lieu à la dernière séance, il a été souvent question de la *douleur*. Or, la douleur est un élément trop mal défini pour que l'on puisse s'en servir comme de base à des conclusions; car il nous est impossible de mesurer sa variété, son intensité. Une femme appellera atroce une douleur qu'une autre patiente trouverait ordinaire. Les ligaments utéro-sacrés peuvent être sentis au toucher, et depuis que le Dr Williams a appelé l'attention sur leur action, il en a fait le sujet de ses observations cliniques, et jusqu'à présent il n'a rien remarqué qui soit digne d'être communiqué à la société.

Le Dr Herman répond qu'il était impossible de passer sous silence la douleur, et, d'après lui, en réunissant un grand nombre de cas, on arrivera à rendre négligeables les erreurs qui seraient dues à une appréciation inexacte des malades.

Il est d'avis que les cas, où les ligaments utéro-sacrés ont déterminé la congestion de l'utérus, ne constituent rien de plus qu'une faible minorité.

(*Séance du* 5 *juillet* 1882).

Paul Rodet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Le Dr Rodenstein a lu un mémoire sur la **grossesse prolongée** dont il cite quatre cas : l'un, celui d'une primipare dont la grossesse, à ce qu'elle dit, a duré un an entier ; elle attribue cette prolongation à une émotion morale qu'elle a éprouvée vers le temps où elle devait accoucher. Dans le second, la durée de la gestation, comptée depuis la dernière menstruation, fut 10 mois et 21 jours. Dans le troisième, nouvelle grossesse de la femme qui fait l'objet de la seconde observa-

tion, la gestation a duré 11 mois et 4 jours, et se termina par une opération ; à la fin du neuvième mois, la patiente ressentit quelques douleurs qui disparurent bientôt. Le quatrième est celui d'une femme qui devint enceinte à la suite d'un seul coït, le 9 janvier 1875 ; elle accoucha le 15 décembre ; la grossesse a donc duré 11 mois et 15 jours.

Le Dr Thomas ne connaît que deux cas dans lesquels la grossesse a duré 10 mois. Le Dr Noeggerrath cite la statistique de Tarnier et Chantreuil, qui disent qu'il n'y a pas de cas authentique dans lequel la grossesse ait duré plus de 294 jours (1). Il estime qu'il ne faut pas accepter, sans les preuves les plus positives, les cas de grossesse qu'on dit avoir duré plus de 294 jours. (*Supplément to the Am. Journal of obstetrics*, 1882, p. 161.)

Accroissement du placenta après la mort du fœtus. — Le Dr Skene rapporte le cas d'une femme qui vit, aux environs du troisième mois, disparaître tous les signes de la grossesse. A la fin du septième, Skene provoqua l'évacuation de l'utérus ; il fut impossible de retrouver le fœtus, mais le placenta avait acquis le développement qu'il a au cinquième mois.

Le Dr Noeggerrath croit que le fœtus peut être expulsé plus tard ; et, à l'appui de son opinion, il cite le cas d'une dame qui, à quatre mois de grossesse, avait perdu les membranes fœtales ; six semaines plus tard, elle lui apporta un fœtus *frais* qui avait environ trois mois. Sans doute le délivre peut continuer à s'accroître après la mort du fœtus. Noeggerrath lui-même a enlevé un soi-disant polype, qui n'était qu'un placenta resté depuis deux mois dans l'utérus, et qui s'était soudé au col en un point anciennement ulcéré ; il s'y était formé des vaisseaux (2). Lorsque le placenta demeure quelque temps dans l'utérus, il se transforme en grande partie en une masse fibrineuse. (*Supplement to the American J. of. obstetrics*, 1882, p. 161.)

---

(1) Tarnier et Chantreuil (*Accouchements*, t. I, p. 569) disent : « Nous ne croyons la grossesse prolongée possible que dans les cas de grossesse extra-utérine, de rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, ou d'obstacles siégeant au niveau du col » ; puis, ils citent « le cas de Menzies, où le séjour fut de dix-sept mois, par suite d'un cancer du col ». (A. C.)

(2) J'ai vu un cas où un placenta abortif est demeuré cent neuf jours dans l'utérus ; il en a été expulsé le cent dixième jour, grâce à une forte dose de quinine, absolument frais et sans odeur. (V. *Journ. de Thérap.*, 1881, p. 33.)

(A. C.)

Hémorrhagie utérine arrêtée par une injection d'eau très chaude. — Le Dr Chamberlain raconte l'histoire d'une femme qui avait fait une fausse couche de deux mois environ, et qui avait des hémorrhagies, d'abord fréquentes, puis constantes. La perte était fétide et épuisait le malade. Le Dr Chamberlain enleva une grande quantité de tissu friable avec la curette mousse. L'hémorrhagie cessa, mais il se produisit des symptômes septiques, qui s'amendèrent; puis la perte sanguinolente fétide reparut. Chamberlain refit le curage, et eut affaire à une forte hémorrhagie que l'on finit à arrêter avec de l'eau « si chaude que le doigt pouvait à peine supporter la chaleur ».

Le lendemain, au niveau de chaque tubérosité ischiatique, le Dr Chamberlain trouva une phlyctène large comme un dollar. La malade se porte bien. (*Supplement to the Am. Journ. of. Obst.*, 1882, p. 161.)

Le Dr Thomas rapporte le cas d'une dame de 39 ans qui croyait avoir, depuis 16 ans, un fibroïde de l'utérus. Après avoir refusé de l'opérer, Thomas céda aux obsessions de la malade, et fit la laparotomie, il trouva un utérus bicorne, dont la corne droite était remplie de sang menstruel.

L'opérée se remit.

(*Séance du* 20 *décembre* 1881.)

Le Dr Thomas raconte l'histoire d'une dame, mariée depuis huit ans, chez qui il trouva un hymen intact. Le mari, appelé, affirma qu'il avait des rapports fréquents avec sa femme et qu'il savait bien comment on s'y prenait. Mieux instruit de ses devoirs, il fit, pendant une semaine, des essais infructueux, et la femme subit l'incision de la membrane, après quoi, le mari trouva « le changement tout à son avantage ». Cet hymen n'était pas de ceux qui cèdent dans de certaines limites, ni de ceux dont l'ouverture est assez large pour permettre, sans se rompre, l'introduction d'un pénis de petit calibre. Cette sorte d'hymen peut avoir des conséquences sérieuses au point de vue médico-légal.

Le Dr Emmet se loue *d'un jet d'eau aussi chaude que la main peut la supporter*, sur les points qui saignent dans l'ovariotomie, à la suite de la déchirure des adhérences. Il dirige aussi un jet d'eau chaude sur les matières visqueuses qui peuvent s'échapper du kyste, et que l'éponge ne pourrait enlever.

Grossesse compliquée par un fibro-myôme utérin; tympanisme

soulagé par le décubitus abdominal. — Une malade du Dr Hanks, enceinte de trois mois, souffrait atrocement d'une rétroversion, qui fut réduite pendant le sommeil chloroformique; la réduction faite, on trouva deux tumeurs fibreuses interstitielles; trois mois après, la tumeur la plus élevée s'enflamma et devint fort douloureuse et la malade fut menacée d'un accouchement prématuré. L'inflammation diminua, mais le tympanisme persistant, on essaya quelques gouttes de la solution de Magendie (1), sans grand succès. D'autres remèdes ne firent guère plus de bien. La malade fut couchée dans la position genu-pectorale; l'utérus tombant en avant, les intestins furent dégagés, et les vents sortirent aisément. La malade accoucha à terme, avec l'aide du forceps. Les fibroïdes sont encore perceptibles.

Les Drs Thomas, Emmet et J. Hunter ont eu l'occasion d'employer le même procédé et l'ont trouvé fort utile.

Le Dr Mundé rapporte un cas de *renversement* (prolapsus annulaire) *des parois vaginales persistant un an après l'accouchement et ressemblant exactement à ce que l'on observe après l'accouchement.*

(*Séance du* 17 *janvier* 1882.)

A. Cordes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, par Spencer Wells, in-8, 530 pages. Londres, 1882.

L'ouvrage qui vient de paraître à Londres est une troisième édition des *Maladies des ovaires*, mais on peut dire que c'est une œuvre absolument nouvelle, et qui laissera bien loin derrière elle les éditions qui l'ont précédée. Quand la première parut en 1865, l'ovariotomie avait de la peine à s'acclimater parmi les chirurgiens; en 1872 quand parut la seconde édition, l'enlèvement des kystes de l'ovaire était un fait acquis, mais l'extirpation de l'utérus malade était une question encore à l'étude, la méthode de Lister n'était pas encore

(1) Solution d'acétate de morphine au quarantième. (A. C.)

connue, et l'opération de Battey faisait seulement sa première apparition. Porro n'avait pas encore pratiqué l'hystéro-oophorectomie césarienne et l'opération de Freund n'était pas en vogue. Aussi, dans ces dix dernières années, le champ de la chirurgie utérine s'est tellement agrandi qu'une nouvelle édition de l'ouvrage de M. Wells devenait nécessaire, et nous devons le remercier d'avoir fourni aux chirurgiens, en même temps que les résultats de son expérience considérable, une appréciation saine et exacte de toutes les innovations introduites dans le traitement chirurgical des maladies de l'ovaire, et de l'utérus. De plus, ces dix dernières années lui ont fourni tant de matériaux qui sont venus s'ajouter à ceux déjà si nombreux qu'il avait accumulés, que ç'aurait été une grande déception pour nous que de constater dans l'œuvre de l'auteur un état stationnaire. Heureusement il n'en est rien ; à chaque page, on trouve les preuves d'une étude continue et de recherches non interrompues, et, en même temps que l'on constate l'omission volontaire de procédés ou de détails qui sont devenus antiques, on remarque une grande abondance de faits nouveaux, de nouvelles théories, la rétractation d'opinions erronées, et une foule de conseils sages dont on appréciera singulièrement l'importance.

Quand il s'agit de maladies ovariennes, la question du diagnostic est un des points les plus délicats. Aussi l'auteur, au lieu de se borner à des maximes dont la concision ne frappe pas l'esprit, s'est étendu sur les parties les plus sujettes à causer des erreurs. L'exemple de M. Keith, qui, dans plus de 400 cas, n'a fait que 3 erreurs de diagnostic, montre bien qu'on peut arriver à une exactitude presque absolue.

Quant au traitement médical, il est tellement inutile que l'auteur n'y a pas insisté. La ponction, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, est complètement exempte des dangers qu'on lui attribuait autrefois, et M. Wells y a eu recours quelquefois pour soulager les malades avant de faire l'ovariotomie ; et il croit que, pratiquée au début dans certains cas, elle a suffi à amener la guérison. Toutefois il partage l'opinion de M. Méhu, qu'il ne peut compter sur une guérison par la ponction que dans les kystes uniloculaires avec contenu non albumineux.

Le chapitre suivant, sur l'origine et les progrès de l'ovariotomie, est des plus intéressants, car il contient des renseignements statistiques sur ce qui a été fait dans presque toutes les parties du monde

civilisé ; et on peut dire que jamais aucun auteur n'a réuni autant de détails historiques que ceux que l'on trouvera à ce sujet. Mais, dans un ouvrage anglais, il était tout naturel de s'appesantir un peu plus sur ce qui a été fait en Angleterre. Dans ce pays, les premiers essais ne comptaient que des revers, quand Spencer Wells parut sur la lice et remporta trois victoires consécutives.

A partir de ce moment, on suit l'auteur dans une espèce d'autobiographie où il relate ses succès et ses revers, les perfectionnements qu'il a apportés et les fautes qu'il a commises. Il nous apparaît comme un homme résolu à affronter toutes les difficultés qui, à cette époque, étaient si considérables, que beaucoup d'autres ont reculé devant elles, se préparant par l'étude et l'expérimentation à remplir la tâche qu'il s'était imposée, et après vingt-cinq années d'efforts continus, il compte à son actif un si grand nombre de succès, qu'on ne peut qu'être saisi d'admiration en présence du nombre considérable d'existences qu'il a arrachées à la mort et des progrès qu'il a fait faire à la chirurgie.

Avant d'arriver aux détails de l'opération, on trouve des observations statistiques très curieuses sur la fréquence de la maladie en Angleterre et sur la mortalité causée par elle et par l'opération. Comme on n'a rien fait de semblable dans les autres pays, qui puisse nous renseigner à ce sujet, il est permis de penser que rién de particulier n'est venu influencer la fréquence de la maladie chez nos voisins. Nos propres recherches tendent à montrer qu'elle est au moins aussi fréquente en France, mais qu'ici on a bien moins souvent recours à l'ovariotomie.

Puis on trouve des considérations importantes sur les indications de l'intervention chirurgicale, les raisons de ne pas différer l'opération, et les circonstances qui peuvent exercer de l'influence sur les résultats de l'ovariotomie.

Comme le but de l'ouvrage est avant tout pratique, l'opération de l'ovariotomie est décrite dans tous ses détails, depuis les précautions préliminaires, jusqu'aux complications qui peuvent survenir, comme par exemple la grossesse et la récidive de l'affection sur l'ovaire laissé intact, après une première opération, et enfin les soins consécutifs.

Tous ces sujets ont été traités avec de grands développements, comme on pouvait s'y attendre, et c'est là surtout où M. Spencer Wells s'est distingué par l'originalité de ses idées et de sa pratique. Il recommande en particulier, en y insistant beaucoup, d'opérer de

bonne heure en faisant voir le danger qu'il y a à reculer l'opération.

Bien qu'il ait été depuis longtemps partisan de la méthode antiseptique, ce n'est que depuis quelques années qu'il a essayé le spray phéniqué de Lister. Les résultats ont été excellents ; mais comme cette pratique coïncidait avec d'autres modifications de traitement, on ne peut pas encore en déterminer la valeur exacte. L'emploi du spray a conduit à l'abandon du clamp et à l'adoption du traitement intra-péritonéal du pédicule par la ligature, grâce auquel on a pu simplifier beaucoup le pansement et les soins consécutifs. Plus que jamais la toilette du péritoine est l'objet de l'attention la plus minutieuse. Les sutures employées sont faites avec de la soie phéniquée, et l'usage des pinces à forcipressure rend les opérations presque complètement exsangues.

Jusqu'à aujourd'hui, M. Wells a fait 1,072 opérations avec 235 morts et 837 guérisons, enlevant les deux ovaires dans plus de 80 cas et opérant pour la seconde fois sur la même malade dans 13 cas. La moyenne de mortalité obtenue dans ces dernières années n'a été que de 10 p. 100.

Ces chiffres sont trop éloquents pour que l'on vienne encore contester la légitimité de l'opération, et quand on songe d'un côté au nombre considérable d'existences qui ont été sauvées, de l'autre côté si l'on prend en considération l'état de santé excellent dont jouissent les malades après l'opération, on se rendra facilement compte des bénéfices incalculables que l'ovariotomie apporte à une catégorie de malades dont la mort est inévitable sans l'opération.

L'auteur examine ensuite la légitimité de l'opération de Battey, qu'il considère comme très utile dans les cas déterminés, mais dont il déplore à juste titre l'abus qui en a été fait.

Le chapitre « Des tumeurs utérines » est presque entièrement nouveau, on y trouvera la relation si intéressante de l'unique opération qui ait été faite jusqu'à ce jour, l'enlèvement en totalité de l'utérus gravide, atteint d'épithélioma du col, et que M. Wells a pratiquée tout dernièrement avec un succès des plus encourageants.

Telle est, résumée en quelques pages, l'œuvre de cet homme illustre, qui a consacré sa vie à la défense d'une idée, et qui l'a imposée au corps médical entier ; on en appréciera encore mieux la portée en lisant ces lignes extraites d'une leçon de Billroth : « Toute ma vie, je me regarderai comme son élève, et je me considérerai comme favo-

risé par le sort, si je peux arracher à une mort certaine la moitié du nombre d'existences qu'il a sauvées. »

Un ouvrage de cette valeur devait évidemment être traduit dans toutes les langues, et nous sommes en mesure d'annoncer à nos lecteurs qu'une édition française va paraître prochainement.

Nous apprenons également qu'une traduction va être publiée en Italie et en Portugal.

Pour le moment, les Allemands restent dans l'ombre, mais ils sauront bien transformer l'ouvrage de M. Wells, avec l'habileté innée qu'ils possèdent pour ce genre de manipulations, et se l'approprier aussi adroitement, du reste, que cela a été fait en Amérique.

PAUL RODET.

REVUE DES JOURNAUX

Les hémostatiques utérins, par J. BRAXTON HICKS. — L'auteur n'entend s'occuper, dans son article, que des hémostatiques mécaniques : les tampons et les tentes, qui ne peuvent s'appliquer que dans les cas où la cavité utérine n'est pas très spacieuse.

Les livres classiques recommandent, dans les cas d'avortement menaçant avec hémorrhagie abondante, de placer un tampon de coton ou un mouchoir de soie ou de baptiste, ou des éponges, en quantité suffisante pour remplir le vagin. On a aussi suggéré l'application d'une vessie de caoutchouc, couverte de feutre ou d'une matière analogue. Ces procédés sont fort pénibles pour la malade, et incertains dans leurs effets ; s'ils sont appliqués par des gens inexpérimentés, on ne peut absolument pas compter sur eux (1). S'ils réussissent,

(1) Malgré l'autorité de B. Hicks, je persiste à croire qu'un tampon, placé comme l'indiquent les auteurs français, avec une quantité suffisante de coton ou de charpie, « un plein chapeau », dit notre maître Pajot, est un excellent hémostatique ; mais il faut que le tampon soit bien serré. Il y a quelque temps, pendant que je faisais un accouchement, on vint me chercher en grande hâte pour une femme qui habitait la même maison, et mourait d'hémorrhagie uté-

s'est plutôt par l'irritation réflexe qu'ils éveillent, et qui amène l'évacuation active de l'utérus. Il n'est point rare de trouver l'œuf derrière le tampon, lorsqu'on l'enlève. De plus, le tampon fait d'une matière poreuse, s'imbibe d'une quantité de sang qui échappe à notre constatation, et facilite la décomposition qui est assez rapide ; nouveau danger.

Pour obvier à tous ces dangers, B. Hicks propose l'emploi du tampon cervical, fait avec une matière dilatable, qui facilite l'exploration, et l'expulsion ou l'enlèvement du contenu de l'utérus. Il recommande l'éponge comprimée, plutôt que la laminaire qui, étant polie, risque de se déplacer. A défaut de ces deux substances, B. Hicks dit qu'on peut aisément se faire un tampon cervical avec un petit bâton dont on entoure l'extrémité d'un haillon temporaire de baptiste, ou de débris d'éponge, qu'on fixe avec du fil. On graisse ce petit engin et on l'introduit dans le col, puis on fixe le petit bâton à l'extérieur, préférablement au moyen d'un lien élastique. (*Brit. med. Journ.*, 1882, t. I, p. 935.) A. Cordes.

La stérilité, par le D[r] A.-W. Edis. — Il est surprenant, dit le D[r] Edis, qu'on n'ait pas tenu plus de compte, dans les ouvrages récents de gynécologie, de la fréquence des avortements qui se produisent dans les premiers mois du mariage, et du nombre des femmes qui, devenues mères dans la première année, ne conçoivent plus ensuite.

Le fait qu'une femme a conçu prouve que les organes reproducteurs sont normaux au début, il faut donc qu'il soit survenu quelque élément nouveau qui puisse rendre compte de cet arrêt de fertilité. L'effort a-t-il été trop violent; a-t-il épuisé la faculté reproductive ? ou plutôt n'avons-nous pas à considérer les complications qui peuvent survenir après l'accouchement ? Sans doute, mais il est nombre de cas où l'accouchement se fait bien, n'est suivi d'aucune inflammation, mais seulement d'une convalescence prolongée, avec une

---

rine. A l'examen, je trouvai un tampon de la grosseur d'un œuf de poule, par conséquent absolument insuffisant; je le remplaçai immédiatement par un autre, suffisamment tassé ; l'hémorrhagie s'arrêta, et je pus remettre, vivante (elle n'est morte que plusieurs mois après), sa malade au confrère, qui dormait tranquille sur son tampon. Je pourrais citer d'autres cas dans lesquels des sages-femmes ont fait pareille méprise. (A. C.)

perte abondante, et où l'on ne trouve aucun symptôme qui nécessite un examen local.

Il arrive assez souvent que la malade s'est parfaitement portée jusqu'à son mariage, sa menstruation a été normale et indolore. Les premières règles après le mariage sont peut-être un peu pénibles et abondantes, et suivies d'un peu de perte muqueuse. Puis la malade reconnaît aux signes accoutumés, qu'elle est grosse. L'augmentation de la leucorrhée, une douleur lombaire, quelque difficulté dans la marche et la station sont attribuées à son état; on ne s'en occupe point; l'avortement survient avant le milieu de la gestation, dû réellement à une inflammation cervicale, aggravée par un excès de fatigue, de danse ou d'équitation. Ces causes aggravantes aisées à éviter sont prises pour la cause réelle, et on ne fait toujours rien. La jeune femme se repose quelque temps, pas assez le plus souvent, puis elle reprend sa vie ordinaire; elle souffre sans doute de douleurs lombaires, de leucorrhée, de ménorrhagie, mais elle attribue tout cela à la suite de la fausse couche; elle se fatigue peut-être un peu moins que par le passé, mais elle ne fait rien pour guérir son utérus.

De tous ces symptômes, la cause réside souvent, comme le dit E. Noeggerath, dans une blennorrhagie latente, qui a produit une endométrite chronique, et une ovarite des plus dificiles à guérir. Le mal a débuté insidieusement, et n'a pas fait obstacle à l'imprégnation; l'activité imprimée aux fonctions utérines a donné un coup de fouet à l'action morbide; l'œuf a été expulsé avant d'être mûr.

Le Dr Henry Bennet l'a noté depuis longtemps, l'inflammation cervicale, même assez légère, paraît à elle seule arrêter le processus normal de résorption utérine post-puerpérale. L'utérus conserve un volume et un poids morbides qui le disposent aux déplacements, surtout à la rétroversion, et, souvent, entretiennent une perte sanguine. Si l'on guérit la maladie du col, la nature reprend fréquemment son travail d'absorption, et, petit à petit, l'utérus recouvre son état normal, sans autre traitement; mais l'inflammation cervicale a une tendance à se perpétuer, et elle est entretenue par les congestions menstruelles.

D'autres causes de stérilité acquise existent, comme la diathèse strumeuse, qui maintiennent l'utérus dans la subinvolution; il en est de même chez les femmes qui se lèvent trop tôt après leurs couches. L'utérus trop lourd et trop mou s'infléchit, surtout en arrière. A cela s'ajoute la dégénérescence granuleuse de la muqueuse

cervicale, aggravée par la déchirure qu'il subit habituellement pendant l'accouchement. Si le périnée a été rompu, l'utérus descend, et l'air pénètre dans le vagin, irritant la muqueuse du col. La malade, devenue invalide, ne peut plus prendre d'exercice en plein air, ce qui aggrave encore son état. Les ovaires eux-mêmes peuvent s'atrophier, à la suite de l'inflammation qu'ils ont subie.

On voit quelquefois se produire la superinvolution, comme si l'effort reproducteur trop violent avait épuisé l'utérus. L'utérus suit le plus souvent le mouvement atrophique des ovaires.

Il est curieux de voir la tendance qu'a l'utérus redressé par une grossesse à reprendre sa flexion anormale.

Traitement. — L'auteur ne s'attache guère qu'au traitement préventif. Il faut examiner toute femme que nous avons accouchée, un mois à six semaines après sa délivrance, comme le fait tout chirurgien avant de prendre congé de son opéré. Si nous sommes appelés à constater des désordres antérieurs, il faut nous rendre un compte exact du mal, et ne pas promettre une guérison trop rapide, dans la crainte que la malade ne se décourage, car le traitement doit être suivi pendant plusieurs mois. (*Ibid.*) A. C.

Prolapsus complet chez une femme enceinte de 20 semaines; accouchement à terme. — Le Dr Webb rapporte le cas d'une femme qui, étant enceinte de 20 semaines, vit, après un effort, son utérus prolaber. Webb trouva le vagin complètement retourné, le col utérin était à environ 15 centimètres (6 pouces) en dehors de la vulve. L'auteur réduisit la procidence, et fit faire des injections de glycérolé de plomb. Cinq jours plus tard, il put placer le pessaire élastique de Greenhalgh, et fit faire des injections d'alun. Six semaines après, il enleva le pessaire pour le nettoyer, et le replaça; enfin, au bout de deux mois, il l'enleva, et la malade accoucha aisément huit jours après. Deux mois après sa délivrance, la malade se disait parfaitement bien. (*Ibid.*, p. 938.) A. C.

Prophylaxie et traitement de l'hémorrhagie post-partum, par le Dr T. M. Madden (de Dublin). — Les cas mortels par hémorrhagie

puerpérale sont heureusement très rares, l'auteur, ancien assistant du *Rotundo*, hôpital d'accouchements, n'en a vu que trois : l'un causé par une inversion utérine, le second par la rupture de l'utérus, le dernier par une hémorrhagie secondaire, chez une femme atteinte de variole maligne.

L'hémorrhagie après l'accouchement, que l'on peut en général prévenir, est en somme assez peu commune, puisque, dans la statistique de Churchill, on n'en trouve que 1 sur 124 accouchements ; sur 1,370 hémorrhagies, la mortalité des mères ne s'élève qu'à 1/61 sur 47,175 accouchements faits au *Rotundo*, il n'y a eu que 206 hémorrhagies *post partum*, et 16 morts.

Cet accident est plus fréquent chez les multipares que chez les femmes accouchant pour la première fois ; c'est ce qui ressort des statistiques des hôpitaux, où les femmes reçoivent, avant l'accouchement, pendant et après, des soins intelligents et suivis ; de plus, il est malaisé de connaître exactement la cause de la mort, dans la pratique civile.

L'inertie utérine est, 65 fois sur 100, la cause de l'hémorrhagie, et 25 fois sur 100, l'accident est la suite d'alternatives de contraction et de relâchement de l'utérus après l'accouchement.

L'auteur passe ensuite rapidement en revue d'autres causes : l'hémophilie, la misère physiologique, les habitudes de luxe et l'absence d'un exercice suffisant, les déchirures du col, les fibroïdes, la rupture utérine ; de ce dernier accident, l'auteur rapporte un cas personnel, suivi de guérison.

Pour le traitement préventif, Madden recommande la méthode de M. Clintock. La rupture des membranes pratiquée aussitôt que possible, « lorsque la présentation est favorable, afin de laisser écouler les eaux avant la fin du premier stage, — qui, pour les auteurs anglais se termine à la dilatation complète, — et d'assurer une contraction ferme « et graduelle de l'utérus, seule sauvegarde contre l'hémorrhagie ». Il ne faut pas non plus laisser le second stade (qui finit à l'expulsion du fœtus), durer assez longtemps pour épuiser la contractilité utérine, ni le couper court par une application prématurée du forceps. Cependant, au point de vue actuel, comme le dit l'auteur, un travail lent, est, toutes choses égales d'ailleurs, moins dangereux qu'un travail précipité. Pour lui, une bonne méthode consiste à faire une injection hypodermique d'ergotine ou d'extrait d'ergot, qui

n'a, dit-il, jamais donné lieu à des abcès, entre ses mains, lorsque l'injection a été faite assez profonde.

Le meilleur préventif, ajoute Madden, est une pression continue « d'une main obstétricale habile sur le fond utérin ».

Madden ne semble pas attacher grande confiance aux injections d'eau chaude. Il est vrai qu'il ne parle pas *d'eau trop chaude* (*hot*, en anglais), mais *d'eau chaude* (*warm*, qui signifie le degré au-dessus de tiède). Mais il fait les plus grands éloges des injections de perchlorure de fer, qu'il préfère à celles d'autres styptiques. « Il n'est pas « exagéré de dire que par l'introduction de ce styptique dans l'obs- « tétrique américaine et anglaise, le Dr Robert Barnes a eu l'occa- « sion de sauver plus de vies qu'aucun médecin depuis Jenner. » Et malgré les discussions très chaudes auxquelles son emploi a donné naissance, il le croit innocent. Sur 16 cas, il n'a eu qu'un insuccès. Sans doute, il ne faut s'en servir que dans des cas absolument urgents « dans lesquels le danger immédiat constitué par l'hémorrha- « gie met hors de cause le risque futur des conséquences secon- « daires que peuvent avoir les moyens employés contre l'ennemi « actuel. »

Madden a eu une mort par embolie, trois jours après l'accouchement, chez une femme à laquelle il avait fait une injection de perchlorure de fer, mais il se demande si la mort doit être attribuée au perchlorure; il a cité dans l'*American Journal of obstetrics* trois cas de mort par embolie après l'accouchement dans lesquels on n'avait pas injecté de perchlorure, puis il recommande un injecteur de son invention, ou l'application d'une éponge imbibée de sel styptique, tenue dans la main et exprimée dans l'utérus.

Madden termine son article par quelques mots sur la transfusion sanguine, les transfuseurs et la transfusion lactée, dont il se défie, et la transfusion saline, qui est un pis aller qu'on emploie à défaut de sang humain.

L'injection hypodermique d'éther est aussi précieuse pour réveiller la vie qui s'éteint. (*Amer. Journ. of. obst.*, 1882, p. 829.) A. C.

Hydrocèle chez la femme. — Le Dr Ingersoll rapporte un cas d'hydrocèle du ligament rond, chez une femme de 22 ans, enceinte de deux mois.

La tumeur avait paru deux ans auparavant, vers l'époque des règles, après un exercice exagéré et un refroidissement. Une quinzaine avant de voir Ingersoll, la malade avait constaté une augmentation dans le volume de sa tumeur, qui n'était que peu douloureuse, mais la gênait pour s'asseoir; elle la croyait pleine d'eau. A l'examen Ingersoll constata l'existence d'une tumeur irréductible de 4 centimètres de longueur, sans rougeur ni induration circonvoisine, pleine d'un liquide transparent. Neuf jours plus tard, la tumeur avait doublé de volume.

Ingersoll, vu l'état de grossesse de sa malade, ne voulut pas faire une injection de teinture d'iode; il fit, avec un bistouri courbe, une incision de 3 millimètre de longueur sur la partie déclive de la tumeur, et fit ainsi sortir 75 grammes d'un sérum parfaitement limpide, puis il injecta une solution phéniquée au cinquantième, et fit le pansement avec du coton; le lendemain, introduisant son bistouri dans l'incision déjà faite, il obtint 2 grammes de liquide, et fit une nouvelle injection phéniquée; au bout de dix ou douze jours, il fit encore une injection. Deux semaines plus tard, la tumeur ne s'était point remplie, mais, quatre jours après, la malade se plaignant d'en souffrir, Ingersoll se décidait à opérer et à traverser la tumeur par un séton, lorsqu'il la trouva en voie de diminution et se décida à ne lui faire que des applications du liquide suivant :

Muriate d'ammoniaque.....	2,00
Alcool.....................	90,00
Eau........................	90,00

Sous son influence, la tumeur ne se remplit plus, et deux mois après, la malade ne présentait qu'un peu de gonflement de la lèvre droite. (*Am. Journal of obst.*, 1882, p. 427.) A. C.

Les courbes menstruelles. — Sous ce titre, le Dr Stephenson, professeur d'obstétrique à Aberdeen, publie un travail dont voici les conclusions :

1° La vie menstruelle est associée avec une variation (*vague*), dans l'énergie vitale, qui se manifeste par des modifications dans la température du corps, dans l'excrétion de l'urée, et dans la rapidité du pouls ;

2° Le cercle de ces changements prend la forme d'une *vague*, divi-

sible en deux parties à peu près égales, l'une au-dessous, l'autre au-dessus de la moyenne ;

3° La longueur de cette vague (mesurée par des courbes figurées dans le mémoire de Stephenson), varie suivant les sujets, et chez le même sujet. La vague uréique et la vague thermométrique sont de même largeur dans chaque cas ;

4° La menstruation ne correspond pas avec le sommet de la courbe, mais apparaît cinq ou six jours après le début du déclin. Il est probable qu'elle arrive, dans la normale, lorsque la courbe franchit le milieu ; il en a été ainsi neuf fois sur dix cas. On ne peut pas regarder l'écoulement menstruel comme la cause du déclin ;

5° La courbe thermométrique est très uniforme dans ses montées et ses descentes. La courbe uréique subit des variations rapides, subites même ; dans un cas, elle a varié de 30° dans vingt-quatre heures.

6° Les courbes indicatrices de la température et de l'urée sont indépendantes l'une de l'autre ; dans un cas elles sont exactement synchrones, dans un autre, la vague uréique avance de quatre jours sur celle de la température ;

7° La courbe du pouls n'est pas très accentuée, elle descend après les règles, et monte quelques jours avant les règles qui vont paraître ;

8° Toutes les vagues renferment des vagues secondaires. L'élévation subite qui caractérise la vague uréique peut être due à l'action de deux vagues. Après avoir analysé la courbe du pouls, l'auteur dit qu'il est disposé à croire à une vague indépendante, qui dure cinq ou six jours, et qu'à cette vague s'ajoute la vague menstruelle, qui cause la dépression et l'élévation notée plus haut.

L'auteur termine en disant qu'il ne peut encore tirer de théorie précise de ses observations.

(*Am. Journ. of obst.*, 1882, p. 287.)

A. C.

Traitement de la fistule vésico-vaginale. — G. Braun, contrairement à Verneuil, Nélaton et Sims, qui enseignent que le moment le plus favorable pour placer les sutures est le sixième ou le septième mois après la déchirure, et à Baker-Brown, et Kiwisch, qui opèrent quelques semaines après l'accouchement, croit qu'il faut suturer aussitôt après l'accident.

A l'appui de son dire, il cite le cas d'une femme chez laquelle l'embryotomie fut faite par un élève avec le crochet-clef de Braun, de telle sorte que l'instrument déchira la paroi antérieure du col, celle du vagin et la paroi postérieure de la vessie. Braun acheva l'opération. La déchirure avait un diamètre transversal de 7 centimètres et vertical de 5 centimètres. Après avoir excisé avec les ciseaux quelques lambeaux, Braun plaça vingt points de suture au fil d'argent, qu'il enleva six jours après. Il ne restait alors qu'une ouverture de 13 millimètres. Des cautérisations faites de deux jours en deux jours avec le nitrate d'argent, puis avec le cautère Paquelin, amenèrent l'occlusion complète de la fistule, au bout de deux mois et demi.

La même femme accouchant plus tard à 7 mois de grossesse, la cicatrice rendit la sortie de la tête difficile. On ne voyait, lorsqu'elle fut remise, qu'une cicatrice de 13 millimètres. (*Wien. med. Woch.*, 1881, n° 53, et *Supplement Amer. J. of obst.*, janvier 1882.)

A. C.

Extirpation du sac dans une grossesse tubaire dont le fœtus avait été extrait un an auparavant. — En janvier 1880, Litzmann, de Kiel, avait fait la laparotomie pour extraire un fœtus mort dans un cas de grossesse tubaire. Il réunit le sac fœtal à la plaie abdominale et fit le drainage.

Un an après, l'opérée se présenta de nouveau, porteuse d'une grosse hernie ventrale. Litzmann excisa le sac herniaire, et ferma soigneusement la plaie par des sutures. L'opération réussit. A l'examen de la pièce, on reconnut que c'était le reste du sac fœtal, qui s'était développé dans la trompe droite.

Dans les cas de grossesse abdominale, on n'a pas grand bénéfice à espérer de la laparotomie, car on ne peut extirper le sac ou enlever le placenta, sans exposer beaucoup la vie de la mère, d'autant plus que la décomposition du liquide amniotique nous oblige souvent à opérer avant la cessation de la circulation placentaire.

Si, dans les grossesses tubaires ou ovariques, l'œuf est intra-ligamenteux, on ne peut pas enlever tout le sac, on peut cependant, après l'arrêt de la circulation placentaire, enlever le placenta, sans danger.

La condition la plus favorable existe lorsque le sac est plus ou

noins pédiculé. On peut alors l'enlever en entier, si les adhérences ne sont pas trop étendues.

S'il est possible d'opérer à terme, on peut sauver l'enfant, et n'exposer la mère qu'aux dangers de l'ovariotomie. (*Arch f. Gyn.*, XII, 1882, et *Suppl. American Journ. of obst.*, juin 1882.) A. C.

Ligature du cordon. — Le Dr Andrejew conclut, sur 93 cas de naissance à terme, d'enfants bien portants et nourris par leur mère, que ceux chez lesquels le cordon a été lié de bonne heure — entre une minute et une minute et demie après la naissance — perdent moins de leur poids, et entreprennent plus aisément que ceux dont on ne le lie que tardivement deux minutes après la cessation des battements. La quantité de sang que laisse au fœtus la ligature tardive, n'est évaluée par Andrejew qu'à 38 grammes. (*Jahrb. f. Kinderheilk, XVII*, 2.)

A. C.

VARIÉTÉS

Trocart à drainage. — M. le Dr Delaissement présente à la Société de chirurgie, un nouveau trocart à drainage fabriqué par M. Mariaud.

Cet instrument se compose :

1° D'une aiguille creuse A terminée par une pointe en bec de flûte, et montée sur un manche muni d'une vis de pression D, destinée à fixer la tige au mandrin E;

2° D'une tige F glissant à volonté dans l'aiguille; à l'extrémité arrondie de cette tige est un collet; on fixe le drain au moyen d'un fil.

Sur la face concave de l'aiguille, une cannelure permet de glisser un bistouri, pour agrandir les ouvertures, si le chirurgien le juge convenable, ou même pour inciser complètement les parties comprises entre les deux ouvertures.

En faisant saillir l'extrémité du mandrin ou en la retirant, on masque ou l'on dégage l'extrémité de l'instrument.

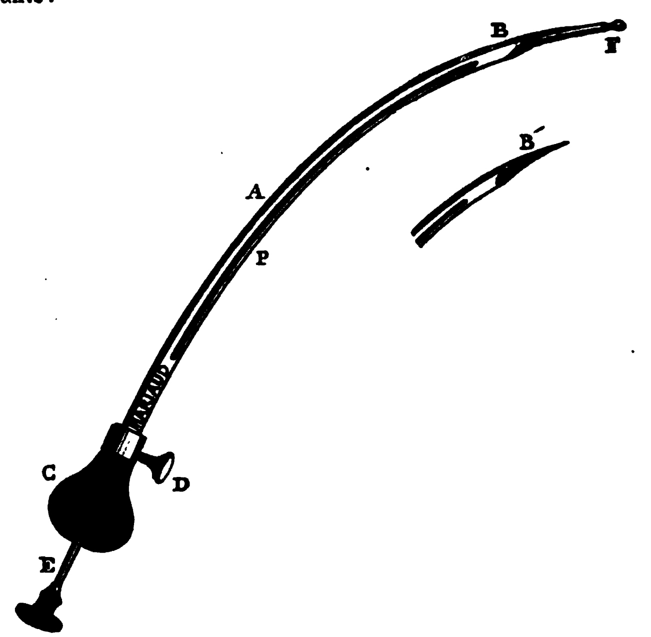
Description du nouveau trocart.

A, aiguille creuse terminée en bec de flûte B.

C, manche de l'instrument, muni d'une vis de pression D.

E, tige pleine glissant dans l'aiguille, portant à son extrémité un collet F.

Cet instrument présente sur les anciens trocarts les avantages suivants :



Il est d'une introduction plus facile et pourtant moins douloureuse ; la facilité de masquer la pointe permet d'explorer les cavités et de choisir le point de contre-ponction, sans lacérer les tissus ; il peut être transformé seance tenante en sonde cannelée.

Avec un seul trocart, on pourra passer des drains de différents diamètres.

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Suc^r, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

DES TROUBLES DE LA MENSTRUATION
APRÈS LES LÉSIONS CHIRURGICALES OU TRAUMATIQUES ET APRÈS L'OVARIOTOMIE.

Par le Dr Terrillon,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Dans un travail publié en 1874 dans le *Progrès médical*, j'avais cherché à appeler l'attention sur le point de la pathologie utérine indiqué par le titre de cet article et peu étudié jusqu'ici. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de réunir de nouveaux matériaux sur cette question, les conclusions que j'en ai tirées n'ont fait que confirmer celles de mon premier travail; elles se trouveront en partie reproduites dans cet article.

Après avoir indiqué que les troubles menstruels avaient été mentionnés dans quelques maladies spéciales, par MM. Hérard, 1851, Gubler, 1863, j'avais fait remarquer que seul M. le professeur Verneuil avait signalé des faits semblables à propos des

opérations pratiquées sur les organes génitaux (fistule vésico-vaginale) dans les *Archives générales de médecine* (1862). Mais il n'y avait là qu'une simple indication, et il ne s'agissait nullement d'un travail d'ensemble sur cette question. Dès lors, je m'étais promis d'étudier ces troubles menstruels toutes les fois que l'occasion s'en présenterait.

Un grand nombre d'observations recueillies par quelques-uns de mes amis ou par moi dans différents services de chirurgie, m'ont permis d'arriver à des conclusions assez curieuses, qui j'énoncerai de la manière suivante :

1° Les traumatismes accidentels ou opératoires peuvent n'avoir aucune influence sur la fonction menstruelle ;

2° Ils peuvent la supprimer au moins pour quelque temps, de façon à faire craindre à la femme soit quelque accident, soit une grossesse ;

3° Les troubles menstruels peuvent survenir peu de temps après le traumatisme, mais ils sont variables. Tantôt il s'agit d'un avancement très marqué de la période menstruelle, tantôt, au contraire, c'est un retard plus ou moins prolongé.

Il n'est même pas très rare de rencontrer des cas dans lesquels les règles sont restées troublées pendant quelque temps à la suite de cette première irrégularité ;

4° Mais le phénomène le plus curieux qui se présente très fréquemment à la suite des opérations, surtout quand elles sont pratiquées sur certaines régions, consiste dans l'apparition inattendue d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant dans les quelques jours qui suivent l'opération. Cette perte de sang survient le plus souvent sans douleurs appréciables, et la femme ne s'en aperçoit, au moins au début, que par les taches qui marquent son linge.

L'écoulement sanguin dure ordinairement peu de temps et est peu abondant. On peut le comparer, d'une façon absolue, aux pertes survenant au début des fièvres éruptives et signalées par MM. Gubler et Hérard, sous le nom d'*épistaxis utérine*. L'analogie est complète. Ce phénomène est d'autant plus insolite qu'il survient peu de temps après les règles, puisqu'il

est d'usage de pratiquer les opérations chirurgicales sur la femme, quelques jours après la période menstruelle.

Il semble qu'il se fasse du côté de la muqueuse utérine une congestion passagère, capable de donner lieu à une perte de sang plus ou moins abondante; mais cette congestion, au lieu d'être provoquée, comme cela arrive au moment de la période menstruelle véritable, par une action partant de l'ovaire, est due simplement à une action nerveuse partant de la plaie. Cela est d'autant plus probable que nous verrons plus loin combien est considérable l'influence de la région où est pratiquée la lésion primitive, sur l'apparition de cette épistaxis utérine.

Cette perte de sang accidentelle doit être considérée comme un phénomène absolument fortuit, car il semble n'avoir aucune influence sur les règles suivantes. Celles-ci ne sont souvent ni troublées dans leur apparition, ni altérées dans leur quantité. La muqueuse utérine, après avoir fourni une certaine quantité de sang, n'a plus aucune tendance à détruire le cycle ordinaire de ses manifestations.

Il serait intéressant de rechercher si dans le sang qui s'écoule ainsi accidentellement de l'utérus, on retrouve des débris épithéliaux analogues à ceux qui ont été signalés dans le sang des règles ordinaires. Je n'ai pas eu l'occasion de faire cette recherche.

En résumé, on peut dire qu'un grand nombre de femmes, ayant subi un traumatisme plus ou moins sérieux, accidentel ou opératoire, sont susceptibles de présenter des troubles utérins capables de donner lieu à une perturbation de l'écoulement sanguin menstruel.

Cette remarque générale m'avait encouragé à rechercher si toutes les régions du corps pouvaient avoir la même influence; en un mot, si les opérations, quel que soit leur siège, produiraient ces mêmes perturbations.

Cette recherche m'a conduit rapidement à établir des distinctions capitales parmi les régions et à les diviser en quatre zones, selon leur influence sur la menstruation ou la congestion utérine.

La première zone, celle qui a l'importance la plus grande et la plus immédiate, comprend l'appareil sexuel, interne ou externe. Rien n'est plus fréquent, en effet, que la perturbation des règles après les opérations pratiquées sur ces parties, et cela, quel que soit le temps écoulé depuis les règles précédentes. Nous avons déjà vu M. Verneuil insister sur ce phénomène à la suite des opérations de fistule vésico-vaginale. Toutes les opérations pratiquées sur le vagin et le col de l'utérus provoquent très fréquemment les mêmes troubles. On peut même considérer ce résultat comme étant le plus ordinaire, et l'absence de troubles devient l'exception. J'entends par troubles, tout ce qui peut se présenter, même avec une faible intensité, ne s'agît-il que d'une avance ou d'un retard de deux ou trois jours pour les règles suivantes. Chez une femme ordinairement bien réglée, il y a là une perturbation, faible il est vrai, mais qui n'en prouve pas moins l'influence de l'opération sur l'utérus.

Une seconde zone, également très importante, et qu'on pourrait appeler *zone génitale*, comprend toutes les parties qui avoisinent les organes génitaux de la femme, tels que les grandes lèvres, le mont de Vénus, et même l'anus. L'influence de cette zone est beaucoup moins prononcée que celle des organes génitaux, mais elle n'en est pas moins considérable par rapport aux autres parties du corps, et les troubles menstruels survenant à la suite des lésions de ces parties sont assez fréquents.

Les seins constituent, au point de vue spécial dont nous nous occupons, un appareil dont l'importance est facile à comprendre, et qui constitue une troisième zone. Nous connaissons, en effet, les relations intimes qui unissent physiologiquement l'utérus et la mamelle. Nous savons comment les affections de l'appareil utérin retentissent sur la glande mammaire, non seulement au moment de la grossesse où cette influence atteint son maximum, mais aussi aux époques menstruelles, alors que le gonflement spécial des seins devient un symptôme si fréquent qui accompagne les règles.

Toutes les opérations pratiquées sur le sein ont une tendance à provoquer un retour prématuré des règles ; ce retour est même

tellement habituel, qu'on peut considérer ce phénomène comme constituant la règle après chaque opération ayant pour but l'ablation d'une tumeur du sein.

Enfin, les autres régions du corps jouissent aussi d'une influence générale assez sensible sur la menstruation pour que celle-ci puisse être troublée dans un certain nombre de cas après les interventions chirurgicales. Mais ici, l'action est beaucoup moins fréquente, beaucoup moins manifeste, et ne présente ni pour le chirurgien, ni pour la malade, l'importance des zones précédentes.

Si on recherche quelles sont les variétés de troubles qui surviennent le plus fréquemment après les lésions de chacune des parties correspondant aux groupes précédents, on voit qu'il est assez difficile de donner des règles précises. Cependant, d'après les relevés que j'ai pu faire, il existe certaines prédispositions. Ainsi, les opérations pratiquées sur l'appareil sexuel lui-même provoquent le plus souvent, peu de temps après l'opération, une épistaxis utérine; la perturbation dans l'époque menstruelle ne devient qu'un phénomène secondaire. Il faut noter, cependant, une particularité importante, c'est la fréquence du rappel, par le fait de l'opération, des règles suspendues ou arrêtées depuis un temps plus ou moins long. Ce fait intéressant est assez remarquable; car il prouve que la congestion utérine, provoquée par l'opération, peut se perpétuer et redonner à la muqueuse utérine des habitudes qu'elle semblait avoir perdues jusque-là. En un mot, il n'est pas rare de voir les règles, suspendues soit spontanément, soit surtout par le fait de l'affection qui nécessite l'opération, reprendre leur cours normal après celle-ci.

La zone génitale produit plus rarement l'épistaxis, mais elle avance ou retarde les règles, le premier phénomène étant de beaucoup le plus fréquent.

Il en est de même des opérations pratiquées sur les seins; mais celles-ci agissent assez souvent à peu près comme celles de l'appareil génital lui-même.

Les traumatismes des autres régions du corps produisent

seulement des troubles passagers des règles, très rarement l'épistaxis.

A propos des opérations pratiquées sur ces régions éloignées de l'appareil utérin, il est bon de rappeler que quelques femmes jouissent d'une susceptibilité tout à fait spéciale, et que des perturbations des règles peuvent survenir chez elles par le fait de causes extrêmement variables. Ainsi, certaines femmes ne peuvent faire un voyage assez long, surtout en chemin de fer, sans voir survenir leurs règles quelques jours d'avance ou même d'une façon plus prématurée. D'autres éprouvent le même phénomène à la suite d'une émotion violente.

Enfin, il n'est pas rare de constater, au lieu d'une avance de quelques jours, un retard plus ou moins prononcé. Les premiers rapprochements sexuels produisent souvent cet effet qui a pour inconvénient de faire croire à une grossesse commençante, alors qu'il s'agit simplement d'un trouble passager des règles.

L'épistaxis utérine se présente, au contraire, quelquefois dans ces circonstances, mais ce fait est rare.

Nous voyons, en résumé, que la fonction menstruelle peut être influencée de bien des façons différentes à la suite des traumatismes, et si les perturbations que nous venons d'analyser n'ont pas une signification pathologique très apparente, puisqu'elles n'amènent aucun trouble grave dans la santé, elles n'en sont pas moins intéressantes au point de vue physiolgique.

Il est important de signaler ces faits à l'attention des médecins et surtout des malades, car celles-ci peuvent être émotionnées par l'apparition d'un écoulement sanguin auquel elles ne s'attendaient pas.

Le chirurgien surtout doit se tenir en garde contre cette perte de sang souvent intempestive, qui peut faire croire à une hémorrhagie accidentelle venant de la plaie, gêner, ou compromettre la réussite d'une opération, ou lorsque l'opération a été pratiquée sur les organes génitaux. J'ai plusieurs fois remarqué ce fait à la suite d'opérations de périnéorraphie. Si on ne connaissait pas la source réelle de l'écoulement sanguin, on pourrait être entraîné à aller à la recherche d'un vaisseau qu'on

soupçonnerait devoir être la cause de cette fausse hémorrhagie. La même crainte peut exister après l'ablation d'un polype du col de l'utérus.

Il me reste à parler d'un organe qui a par lui-même, et à l'état physiologique, une influence considérable sur les règles; c'est l'ovaire. Il s'agit de savoir comment et dans quelles limites les opérations pratiquées sur cet organe peuvent troubler les règles ou même les supprimer. Ceci a une importance d'autant plus grande que depuis quelques années certains auteurs paraissent vouloir enlever à l'ovaire son importance prépondérante sur l'utérus et surtout sur les règles.

Les opérations d'ovariotomie simple peuvent donner lieu aux troubles les plus variés, mais qui rentrent tous dans le cadre que je viens d'indiquer : avance des règles, retard, avec épistaxis ou écoulement passager qui ne change en rien la marche naturelle de la menstruation.

Ici encore, on signale des particularités bizarres. Ainsi, telle malade, dont les règles étaient arrêtées depuis quelque temps par le fait du développement d'un kyste ovarique, voit, après l'opération, ses règles reparaître régulièrement. Spencer Wells cite des exemples de ce fait, et Lebec en rapporte également un cas dans un mémoire récent. (*Arch. de méd.*, 1882, p. 666, juin.)

Le rappel des règles peut même avoir lieu après une disparition de cinq mois environ, et cela à la suite d'une simple ponction d'un kyste de l'ovaire. L'observation est assez intéressante pour être relatée ici.

Une femme de 32 ans, portant depuis deux ans environ un kyste de l'ovaire du côté droit, déjà assez volumineux et manifestement multiloculaire, était confiée aux soins de mon collègue le Dr Terrier.

Cette femme n'avait plus ses règles depuis cinq mois, lorsque la ponction de la poche principale du kyste fut pratiquée. Cette ponction devait précéder de quelques jours l'opération radicale. On fut très étonné de voir survenir deux jours après la ponction une hémorrhagie par le vagin, rappelant abso-

lument les règles, ce qui dut faire retarder pendant quelques jours l'opération. Mais ce qui fut particulièrement curieux dans ce fait, c'est que, pendant l'opération, on trouva l'ovaire gauche, ayant le volume de deux poings et transformé entièrement en kystes multiples.

Après l'opération il n'y eut plus aucun écoulement sanguin par l'utérus.

Chez cette femme, les règles avaient disparu par le fait de l'altération des deux ovaires, et il est probable que l'ovaire gauche, moins volumineux et malade depuis quelques mois, avait entretenu les règles jusqu'au moment où sa transformation kystique était déjà assez avancée.

En tout cas, il a suffi ici d'une excitation opératoire relativement faible pour produire la congestion utérine.

On a signalé également un autre phénomène à la suite de l'ablation d'un des ovaires; c'est la sortie du sang par la plaie abdominale, alors qu'on fixe à ce niveau le pédicule au moyen d'un clamp. Spencer Wells, Duplay et d'autres ont vu des faits semblables; mais depuis que la réduction du pédicule dans l'abdomen est pratiquée par la plupart des chirurgiens, ce fait ne peut plus se présenter.

Les cas d'épistaxis utérines sont très fréquents, et je pourrais en signaler un grand nombre parmi les observations recueillies à la Salpêtrière par mon collègue Terrier. J'en rapporterai seulement quelques observations que mon interne, M. Thoinot, a recueillies sur les malades opérées dans ce service par mes collègues Périer et Terrier, et par moi.

Ces faits se rapportent à des incisions exploratrices ayant très peu atteint l'ovaire et n'ayant eu qu'une influence de voisinage.

Une femme de 42 ans, portant depuis trois ans un kyste de l'ovaire, a toujours vu régulièrement ses règles. Comme elle a eu quelques poussées de péritonite, on soupçonne des adhérences étendues.

Une incision exploratrice est pratiquée le 7 novembre 1880, quatre jours après les règles. L'opération ne put être poussée plus loin à cause des adhérences multiples.

Deux jours après, le 9 novembre, la malade allait très bien, lorsque apparut un écoulement sanguin par la vulve, lequel dura deux jours et demi. Malgré cette perte légère, il y eut retour des règles à l'époque ordinaire.

Une autre observation, presque semblable, a été recueillie, dans laquelle, après une incision exploratrice, on ne toucha pas à la tumeur. Le même écoulement apparut.

Ces faits tendent à prouver que l'opération pratiquée sur l'ovaire n'a pas, par elle-même, une grave importance ; et tous ces troubles rentrent dans la classe que j'ai indiquée en parlant des opérations qui se pratiquent sur la zone génitale, y compris l'abdomen.

L'épistaxis utérine est survenue aussi bien après l'incision exploratrice qu'après l'ovariotomie. Or, nous savons qu'après l'opération radicale cette perte sanguine est presque certaine ; et si elle passe souvent inaperçue, c'est à cause de la petite quantité de sang perdue. Souvent elle se montre dès le soir même de l'opération, mais le plus généralement, c'est le lendemain.

Toutes ces remarques viennent à l'appui de l'opinion de ceux qui croient à l'indépendance des règles et du fonctionnement normal de l'ovaire. Les faits qui suivent donneront encore plus d'appui à cette doctrine.

Les *ovariotomies doubles* sont plus intéressantes à étudier, car elles donnent lieu à des troubles variés et dont l'interprétation a donné lieu souvent à des discussions.

On peut établir comme principe absolu, et reconnu par tous les ovariotomistes, que l'ablation *complète* des deux ovaires amène un arrêt complet et définitif des règles.

Je possède trois exemples très précis de cet arrêt complet sur des malades auxquelles j'ai enlevé les deux ovaires malades, les deux premières depuis deux ans et la troisième depuis huit mois. Il n'y a eu à la suite de l'opération aucun écoulement sanguin ; celui-ci avait, du reste, disparu plusieurs mois avant l'ovariotomie.

Mais cette règle si absolue, et qui devrait être immuable d'après les idées généralement admises jusqu'ici sur le rôle de

l'ovaire dans la menstruation, souffre quelques exceptions que nous allons passer en revue.

Il arrive quelquefois qu'après l'ablation des deux ovaires, on voit se produire d'une façon passagère et une seule fois un écoulement sanguin peu abondant, qui rentre dans le cadre des épistaxis utérines signalées plus haut.

L'exemple suivant, fourni par une de mes opérées, donnera une idée très nette de cette exception à la règle générale.

Une jeune fille âgée de 17 ans portait un kyste ovarique du côté droit qui datait de dix-huit mois environ. Ce kyste était encore peu volumineux puisqu'il avait le volume d'une tête d'adulte environ.

La malade avait toujours été bien réglée.

Je pratique l'opération de l'ovariotomie sept ou huit jours après la dernière menstruation, et je trouve l'ovaire du côté opposé, volumineux et polykystique comme celui qui nécessite l'opération. Il est enlevé également ; ce qui correspond à une double castration.

Deux jours après l'opération, un écoulement sanguin assez abondant apparaît par le vagin ; il dure deux jours et demi et cesse ensuite pour ne plus reparaître. Les règles ont cessé à partir de l'opération.

Il y a donc là un exemple bien net d'une épistaxis utérine, succédant à une opération sur l'ovaire ou sur la zone génitale, et due à la congestion de la muqueuse utérine. Dans ce cas, on pourrait admettre que ce n'est pas spécialement l'opération sur l'ovaire qui a été la cause de cette épistaxis, mais qu'elle est due seulement aux troubles circulatoires de la région voisine de l'utérus par le fait de l'opération. Je serais embarrassé pour répondre catégoriquement à cette objection, et pour affirmer une explication, mais le fait en lui même est intéressant et se renouvelle très souvent à la suite de ces opérations, dans des conditions identiques à celles des opérations pratiquées sur le col de l'utérus. Il en est de même après les opérations d'hystérectomie dans lesquelles on a enlevé une grande partie de l'utérus, en laissant un moignon plus ou moins volumineux.

Dans ces cas, on a vu survenir, quelque temps après l'opération, un écoulement sanguin. Celui-ci a d'autant plus d'importance dans ce cas qu'on pourrait craindre, au moins au début, que le sang ne soit l'indication d'une hémorrhagie venant du pédicule.

Jusqu'ici, nous n'avons que des troubles passagers et qui peuvent s'expliquer par l'excitation momentanée qui se produit du côté de la muqueuse utérine par le seul fait de l'opération portant sur les tissus voisins.

Mais il existe des cas bien observés dans lesquels la menstruation a paru persister, indépendamment de la ponction ovarienne et cela pendant plusieurs années.

Ces cas sont assez nombreux et ont été rapportés, pour la plupart, dans une thèse de la Faculté de Paris, présentée par M. le Dr d'Ormières en 1880. (*Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie.*)

Plusieurs avaient été suivis pendant deux ou trois ans, puis la menstruation avait disparu.

Il est vrai que, dans quelques-uns, il n'y avait pas eu castration complète et qu'une partie plus ou moins grande de l'ovaire avait échappé à l'ablation. Mais cela est très rare et a été plutôt admis théoriquement (Liégeois) que démontré par les preuves anatomiques.

La plupart des autres sont absolument authentiques; et ce fait semble tellement extraordinaire que quelques auteurs, notamment Lebec (1), essaient de rejeter cette apparente anomalie sur le compte d'un ovaire surnuméraire ainsi que l'anatomie normale le fait découvrir chez quelques femmes (23 fois sur 600, d'après Veigel cité par Lebec).

Cependant, les observations n'en sont pas moins réelles et, quelle que soit l'interprétation, il est difficile de les nier. Elles sont donc favorables à l'opinion de ceux qui veulent que la fonction menstruelle soit en partie indépendante de la fonction ovarienne.

---

(1) Lebec. *Des suites de l'ovariotomie* (*Archives gén. de médecine*, 1882).

Cette absence de relation absolue n'aurait, du reste, rien d'absolument extraordinaire malgré nos idées si anciennes sur ce point, puisque la conception peut avoir lieu chez des femmes qui n'ont jamais eu leurs règles ou qui les ont d'une façon très irrégulière.

L'indépendance des deux fonctions serait donc ici bien démonstrative.

Cependant, je crois, avec plusieurs autres auteurs, qu'on peut considérer cette indépendance apparente comme n'ayant qu'une valeur relative, car on peut donner des phénomènes une interprétation très satisfaisante.

En effet, l'utérus étant habitué à recevoir une excitation spéciale partie de l'ovaire et capable d'amener une congestion considérable de sa muqueuse, conserve, après l'ablation des organes incitateurs, l'habitude de se congestionner. Pendant longtemps, cette congestion régulière peut se produire, par le fait de l'habitude, mais pour cesser cependant après quelque temps.

C'est bien là ce qu'on voit se produire après quelques mois.

Cette menstruation, résultat de l'habitude, ne se présenterait que sur quelques opérées, parce qu'elle suppose à l'utérus une susceptibilité spéciale que possèdent seules quelques femmes.

Telle est, en résumé, l'indication principale des différentes variétés de troubles qui peuvent survenir dans la menstruation à la suite des opérations chirurgicales ou des traumatismes. Ce cadre, très étendu, pourrait être complété et rempli par des faits nombreux. Mais j'ai pensé qu'il n'était pas nécessaire de donner des détails trop abondants ni surtout de citer des observations multipliées. Les faits sont si communs et si fréquents qu'il suffit, pour un observateur attentif, de penser à ces perturbations curieuses pour les rencontrer très souvent.

J'ai cru cependant utile d'appeler de nouveau l'attention sur les troubles menstruels, car ils peuvent avoir quelquefois une influence, soit sur le moral des malades, soit sur le pronostic porté par le chirurgien à cause des erreurs qu'ils peuvent lui faire commettre.

DES DIVERSES LOCALISATIONS

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'EAU OXYGÉNÉE.

Par le Dr de Sinéty,

Médecin adjoint de Saint-Lazare.

La manifestation principale de la blennorrhagie, dans les deux sexes, consiste en un écoulement purulent plus ou moins abondant. Cette production de pus résulte d'une inflammation spécifique, localisée sur divers points des organes génitaux ou de leurs annexes.

Chez l'homme, le siège exact des lésions est difficile à préciser, les différents appareils glandulaires, tels que les glandes de Cooper, la prostate, les glandes de Littré, les lacunes de Morgagni, ayant un seul conduit excréteur commun, représenté par le canal de l'urèthre.

Il n'en est plus de même chez la femme, dont toutes ces régions sont distinctes et susceptibles d'être explorées séparément. Dans certains cas, le processus phlegmasique les atteint en totalité. Le plus souvent, cependant, une ou plusieurs restent indemnes.

La vulve, le vagin, l'urèthre, les glandes pré-uréthrales, les glandes de Bartholin et les glandules qui accompagnent leur canal excréteur jusqu'à son orifice externe (1), tous ces points peuvent être envahis simultanément, ou bien d'une façon isolée. Dans ce dernier cas, le traitement, et, surtout, le pronostic varient considérablement, selon que la maladie porte sur tel ou tel de ces organes ou de ces annexes de l'appareil génital.

Ces localisations, si nombreuses, sont importantes à bien

---

(1) *Histologie de la glande vulvo-vaginale.* Comptes-rendus de la Société de biologie, 1888, p. 281.

connaître, et expliquent, parfois, des cas de contagion impossibles à interpréter, pour celui qui n'a pas présent à l'esprit la multiplicité des points utiles à explorer avant d'émettre une opinion à ce sujet.

Plusieurs auteurs, et, parmi eux, MM. Gosselin et Guérin, ont signalé les erreurs fréquentes, auxquelles donne lieu l'uréthrite de la femme. Mais on n'insiste pas suffisamment, en général, sur les contagions dues à la présence du pus virulent, soit dans les glandes qui avoisinent le méat urinaire, ou dans celles qui accompagnent le canal excréteur de la glande de Bartholin, soit dans le col de l'utérus.

Nous laissons de côté, dans cette étude, les accidents plus éloignés dépendant de la même cause, tels que la pelvi-péritonite ou l'arthrite.

Rappelons, néanmoins, à ce propos, que cette forme de rhumatisme, si bien étudiée dans ces derniers temps, est une preuve nouvelle à l'appui de la spécificité de la blennorrhagie, qui n'est pas une inflammation banale, pouvant résulter d'un excès de coït ou de libations exagérées, mais bien une maladie spéciale, due à l'introduction dans l'organisme d'un agent spécifique.

Les arthrites qui se développent sous son influence présentent des caractères particuliers. Loin d'être toujours monoarticulaires, elles envahissent, parfois, plusieurs articulations, et s'accompagnent de lésions cardiaques, comme le rhumatisme aigu ordinaire.

Nous avons observé, dernièrement, une malade qui a présenté, successivement, des lésions, dans les articulations, fémoro-tibiales, tibio-tarsiennes, carpo-métacarpiennes, des vertèbres cervicales, et, en outre, de l'endocardite et de la péricardite. Des faits de ce genre, contrôlés par l'autopsie, ont été plusieurs fois signalés, dans des conditions identiques.

De toutes les manifestations génitales que nous avons énumérées, c'est la vulvo-vaginite, et, surtout, la vaginite, qu'on rencontre le plus souvent, et dont la guérison est la plus facile à obtenir, au moins lorsqu'il n'y a pas de grossesse concomitante.

Nous trouvons l'explication de ce fait clinique, dans la structure histologique de la muqueuse vaginale, qui ne contient aucune glande d'aucun genre.

L'uréthrite vient en seconde ligne. Les auteurs ne sont pas d'accord, relativement à son degré de fréquence, les uns considérant comme une rareté, une localisation que d'autres ont rencontrée chez un grand nombre de malades. Cette divergence d'opinion dépend, en grande partie, de ce qu'on n'explore pas suffisamment l'urèthre, en se mettant à l'abri de toutes les causes d'erreur et de supercherie.

Le procédé à employer pour cette recherche est classique aujourd'hui, et nous l'avons donné, avec tous ses détails, dans notre Traité de gynécologie.

La blennorrhagie uréthrale présente de grandes variétés, quant à sa durée, et à la résistance qu'elle oppose à la thérapeutique. Parfois, on la voit guérir en une ou deux semaines, tandis que, chez d'autres sujets, elle se prolonge pendant des mois et même des années.

Dans ces cas anciens, on n'a plus affaire à la blennorrhagie, mais bien à la blennorrhée, comme nous l'a fréquemment démontré l'examen microscopique (1). Déjà, à l'œil nu, il existe une différence entre les deux produits, le premier étant plus ou moins teinté de jaune ou de vert, le second blanc et lactescent. Cependant, nous nous sommes assuré que les caractères macroscopiques sont souvent trompeurs, et qu'il est nécessaire, pour faire un diagnostic précis, de s'aider des instruments grossissants.

Dans la blennorrhagie aiguë, subaiguë, et même chronique, on trouve toujours des globules de pus en abondance. Au début, ils constituent presque à eux seuls, mélangés à quelques globules rouges du sang, les éléments figurés contenus dans le liquide ; à peine si on rencontre, dans chaque préparation, une ou deux cellules épithéliales. A mesure qu'on s'éloigne du

---

(1) Nous reviendrons plus loin sur les microbes qu'on observe dans le pus blennorrhagique.

début, les globules de pus deviennent moins nombreux, e... remplacés par des éléments épithéliaux, dont la plupart, e... de formation, n'ont pas encore atteint leur développe... complet.

Arrivée à cette période, la marche des phénomènes v... selon les malades. Ou bien, et le plus souvent, surtout s... l'influence d'un traitement convenablement dirigé, la guér... complète est obtenue en peu de jours, ou bien l'écoule... persiste en petite quantité, d'une façon irrégulière, et dev... de la blennorrhée.

Dans le liquide de la blennorrhée uréthrale, on ne renco... plus que de grosses cellules pavimenteuses adultes, que l'... le moins exercé ne peut confondre avec les globules du pus ... Cette étude histologique nous montre que l'uréthrorrhée ... moins dans les cas que nous avons examinés) résulte d'u... production et d'une desquamation exagérées de la muqueu... et non d'une sécrétion glandulaire.

La durée de l'écoulement purulent ou muco-purulent, et s... résistance aux diverses médications, varient, selon que la surfa... seule de la muqueuse ou que les glandes intra-uréthrales so... atteintes. Nous l'avons plusieurs fois constaté, pour celles q... avoisinent le méat, aussi bien à sa surface interne qu'à sa sur... face externe.

En outre, il faut tenir compte, toutes les fois qu'il s'agit d... la durée d'un catarrhe, uréthral, ou autre, du tempérament indi... viduel du sujet. On sait, à quel point, chez les arthritiques e... particulier, les inflammations des muqueuses sont tenaces.

La blennorrhagie, comme nous l'avons déjà dit au commen... cement de ce travail, a, parfois, un dernier refuge dans la cavit... utérine elle-même. Nous ne parlerons pas, ici, de la métrit... spécifique du corps de l'utérus, relativement rare, pour ne nou... occuper que du segment cervical. Là, encore, la présence de...

(1) Les différences histologiques de ces divers liquides ont déjà été signalé... principalement dans la thèse de Decourtieux, Paris, 1880. Thèse basée sur ... observations recueillies dans le service et sous la direction du Dr Terr...

glandes acineuses, tapissées de cellules caliciformes, mais en tenant compte de la difficulté qu'on éprouve à atteindre le virus, quand il a pénétré dans ces nombreux diverticulums.

La blennorrhagie utérine donne, journellement, lieu à des interprétations erronées. C'est, principalement sur des cas de ce genre, qu'on s'est basé pour soutenir que l'écoulement blennorrhagique n'était pas spécifique et pouvait être causé par n'importe quel liquide purulent.

Imbus de cette idée, plusieurs gynécologistes et des plus distingués, en sont arrivés à considérer comme suspecte toute femme présentant une érosion ou une ulcération du col. Nous sommes absolument convaincu, pour notre part, que ces lésions ne sont contagieuses que lorsqu'elles sont directement consécutives à l'introduction d'un agent morbide spécial. Que de femmes présentent des métrites muqueuses avec ... purulente, qui, néanmoins, ne font contracter aucune maladie, malgré des rapprochements sexuels fréquents et variés.

Du reste, dans beaucoup de cas, le diagnostic est possible entre la métrite muqueuse qui est de nature contagieuse et celle qui ne l'est pas. Dans la première, le segment cervical n'est pas ou peu augmenté de volume, de consistance normale; l'écoulement est franchement purulent, et abondant. Les érosions, à peu près constantes, sont superficielles, d'un rouge vif, saignant facilement au moindre contact. En outre, les malades n'accusent aucun des signes généraux qui accompagnent, d'ordinaire, la métrite chronique simple ... que le corps soit envahi, ou qu'il y ait quelque complication ... du tissu conjonctif ou du péritoine voisins. ...

la blennorrhagie vient se greffer sur ... la métrite chronique simple. Alors, le diagnostic ... possible s'il n'existe ... dans ces conditions, on trouve presque toujours ... de manifestations spécifiques, telles que ... l'urèthre, des glandes de Bartholin ... vaginale.

Il est indéniable que certains sujets ...

début, les globules de pus deviennent moins nombreux, et sont remplacés par des éléments épithéliaux, dont la plupart, en voie de formation, n'ont pas encore atteint leur développement complet.

Arrivée à cette période, la marche des phénomènes varie selon les malades. Ou bien, et le plus souvent, surtout sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé, la guérison complète est obtenue en peu de jours, ou bien l'écoulement persiste en petite quantité, d'une façon irrégulière, et devient de la blennorrhée.

Dans le liquide de la blennorrhée uréthrale, on ne rencontre plus que de grosses cellules pavimenteuses adultes, que l'œil le moins exercé ne peut confondre avec les globules du pus (1). Cette étude histologique nous montre que l'uréthrorrhée (au moins dans les cas que nous avons examinés) résulte d'une production et d'une desquamation exagérées de la muqueuse, et non d'une sécrétion glandulaire.

La durée de l'écoulement purulent ou muco-purulent, et sa résistance aux diverses médications, varient, selon que la surface seule de la muqueuse ou que les glandes intra-uréthrales sont atteintes. Nous l'avons plusieurs fois constaté, pour celles qui avoisinent le méat, aussi bien à sa surface interne qu'à sa surface externe.

En outre, il faut tenir compte, toutes les fois qu'il s'agit de la durée d'un catarrhe, uréthral, ou autre, du tempérament individuel du sujet. On sait, à quel point, chez les arthritiques en particulier, les inflammations des muqueuses sont tenaces.

La blennorrhagie, comme nous l'avons déjà dit au commencement de ce travail, a, parfois, un dernier refuge dans la cavité utérine elle-même. Nous ne parlerons pas, ici, de la métrite spécifique du corps de l'utérus, relativement rare, pour ne nous occuper que du segment cervical. Là, encore, la présence des

(1) Les différences histologiques de ces divers liquides ont déjà été signalées, principalement dans la thèse de Decourtieux, Paris, 1880. Thèse basée sur des observations recueillies dans le service et sous la direction du Dr Terrillon.

glandes acineuses, tapissées de cellules caliciformes [illegible] compte de la difficulté qu'on éprouve à atteindre le [illegible] il a pénétré dans ces nombreux diverticulums.

La blennorrhagie utérine donne, journellement [illegible] interprétations erronées. C'est, principalement [illegible] ce genre, qu'on s'est basé pour soutenir que [illegible] norrhagique n'était pas spécifique [illegible] n'importe quel liquide purulent.

Imbus de cette idée, plusieurs [illegible] distingués, en sont arrivés à [illegible] femme présentant une [illegible] sommes absolument [illegible] ne sont contagieuses [illegible] cutives à l'introduction [illegible] femmes présentant [illegible] rulente, qui, [illegible] malgré des rapports [illegible]

Du reste, dans [illegible] entre la métrite [illegible] qui ne l'est pas [illegible] pas ou peu [illegible] l'écoulement [illegible] sions, à peu [illegible] ignant [illegible] n'accusent [illegible] dinaire [illegible] envah[illegible] co[illegible] la [illegible] me[illegible] pos[illegible] dans [illegible] de [illegible] l'[illegible] va[illegible]

[illegible]

début, les globules de pus deviennent moins nombreux, et sont remplacés par des éléments épithéliaux, dont la plupart, en voie de formation, n'ont pas encore atteint leur développement complet.

Arrivée à cette période, la marche des phénomènes varie selon les malades. Ou bien, et le plus souvent, surtout sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé, la guérison complète est obtenue en peu de jours, ou bien l'écoulement persiste en petite quantité, d'une façon irrégulière, et devient de la blennorrhée.

Dans le liquide de la blennorrhée uréthrale, on ne rencontre plus que de grosses cellules pavimenteuses adultes, que l'œil le moins exercé ne peut confondre avec les globules du pus (1). Cette étude histologique nous montre que l'uréthrorrhée (au moins dans les cas que nous avons examinés) résulte d'une production et d'une desquamation exagérées de la muqueuse, et non d'une sécrétion glandulaire.

La durée de l'écoulement purulent ou muco-purulent, et sa résistance aux diverses médications, varient, selon que la surface seule de la muqueuse ou que les glandes intra-uréthrales sont atteintes. Nous l'avons plusieurs fois constaté, pour celles qui avoisinent le méat, aussi bien à sa surface interne qu'à sa surface externe.

En outre, il faut tenir compte, toutes les fois qu'il s'agit de la durée d'un catarrhe, uréthral, ou autre, du tempérament individuel du sujet. On sait, à quel point, chez les arthritiques en particulier, les inflammations des muqueuses sont tenaces.

La blennorrhagie, comme nous l'avons déjà dit au commencement de ce travail, a, parfois, un dernier refuge dans la cavité utérine elle-même. Nous ne parlerons pas, ici, de la métrite spécifique du corps de l'utérus, relativement rare, pour ne nous occuper que du segment cervical. Là, encore, la présence des

(1) Les différences histologiques de ces divers liquides ont déjà été signalées, principalement dans la thèse de Decourtieux, Paris, 1880. Thèse basee sur des observations recueillies dans le service et sous la direction du Dr Terrillon.

glandes acineuses, tapissées de cellules caliciformes, nous rend compte de la difficulté qu'on éprouve à atteindre le virus, quand il a pénétré dans ces nombreux diverticulums.

La blennorrhagie utérine donne, journellement, lieu, à des interprétations erronées. C'est, principalement, sur des cas de ce genre, qu'on s'est basé pour soutenir que l'écoulement blennorrhagique n'était pas spécifique, et pouvait être causé par n'importe quel liquide purulent.

Imbus de cette idée, plusieurs gynécologistes, et des plus distingués, en sont arrivés à considérer comme suspecte toute femme présentant une érosion ou une ulcération du col. Nous sommes absolument convaincu, pour notre part, que ces lésions ne sont contagieuses que lorsqu'elles sont elles-mêmes consécutives à l'introduction d'un agent morbide spécial. Que de femmes présentent des métrites muqueuses du col, à forme purulente, qui, néanmoins, ne font contracter aucune maladie, malgré des rapprochements sexuels fréquents et variés !

Du reste, dans beaucoup de cas, le diagnostic est possible entre la métrite muqueuse du col, de nature contagieuse, et celle qui ne l'est pas. Dans la première, le segment cervical n'est pas ou peu augmenté de volume, de consistance normale; l'écoulement est franchement purulent, et abondant. Les érosions, à peu près constantes, sont superficielles, d'un rouge vif, saignant facilement au moindre contact. En outre, les malades n'accusent aucun des signes généraux qui accompagnent, d'ordinaire, la métrite chronique simple; à moins que le corps soit envahi, ou qu'il y ait quelque complication du côté du tissu conjonctif ou du péritoine voisins. Reste le cas exceptionnel, où la blennorrhagie vient se greffer sur un col déjà atteint de métrite chronique simple. Alors, le diagnostic est presque impossible, s'il n'existe de lésions que du côté de l'utérus. Mais, dans ces conditions, on trouve, presque toujours, d'autres traces de manifestations spécifiques, telles que pus dans l'urèthre, ou à l'orifice des glandes de Bartholin, piqueté rouge de la muqueuse vaginale.

Il est indéniable que certains sujets contractent une uréthrite

avec une femme saine, surtout à la suite d'excès de boissons, combinés à des rapports sexuels exagérés. Dans ces cas-là, l'écoulement se développe au bout de très peu de temps, il n'y a pas la moindre période d'incubation, et la guérison a lieu, en peu de jours, même en l'absence de traitement.

La propagation de l'affection blennorrhagique à la glande vulvo-vaginale est plus rare qu'on ne pense. Dans la majorité des cas de ce genre, les lésions sont limitées au canal excréteur, ou aux glandules accessoires qui l'accompagnent dans toute sa hauteur, jusqu'à son orifice externe. Chez beaucoup de ces malades, en introduisant un fin stylet par l'orifice d'où sort le pus, on est arrêté dans un cul-de-sac, après avoir pénétré à quelques millimètres seulement. On s'aperçoit très bien, en outre, que la direction du stylet est oblique, ou perpendiculaire, à celle du canal principal.

Pour faire sourdre le pus, lorsqu'il est peu abondant, il est nécessaire de se rappeler que le conduit commun, assez difficile à découvrir, débouche, par un ou plusieurs pertuis, dans le sillon qui sépare la face externe de l'hymen ou des caroncules myrtiformes, de la face interne de la petite lèvre, à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de l'entrée du vagin; au-dessous, et non au niveau, comme on l'a dit souvent à tort, des extrémités du diamètre transversal de cet orifice. Il faut donc, pour cette recherche, écarter fortement la petite lèvre, et, avec l'index de l'autre main introduit dans le canal vaginal, comprimer les tissus de dedans en dehors.

On voit, d'après les faits que nous venons de rappeler, que la gravité de la blennorrhagie et sa résistance au traitement diffèrent, selon qu'elle occupe une muqueuse à épithélium pavimenteux, dépourvue de glandes, ou, au contraire, selon qu'elle a atteint les culs-de-sacs glandulaires, et, principalement, ceux qui sont tapissés par un épithélium caliciforme, dont chaque cellule représente, à elle seule, une glande en miniature.

Traitement. — Les traitements appliqués à l'affection qui nous occupe ont, nécessairement, varié, avec les idées médicales

régnantes. Aujourd'hui, la plupart des auteurs s'accordent à la considérer comme d'origine parasitaire. Quelques-uns ont décrit le parasite spécial qui lui donne naissance (1). MM. Bouchard et Capitan en ont obtenu des cultures (2). Nous-même avons plusieurs fois recherché ce microbe, et, au moyen d'une technique histologique, dont il serait trop long de donner ici les détails, nous avons pu l'étudier, et constater tous les caractères déjà signalés par nos prédécesseurs. Nous sommes tout à fait partisan de la théorie parasitaire de la blennorrhagie. Est-ce à dire, cependant, qu'elle soit scientifiquement démontrée? Nous ne le pensons pas. Il faudrait, pour cela, qu'on eût pu reproduire la maladie avec les liquides de culture. Les tentatives faites dans cette voie sont peu nombreuses et peu démonstratives, et présentent d'autant plus de difficultés, que la plupart des animaux dont nous disposons ne sont pas aptes à contracter la blennorrhagie de l'homme.

Les recherches que nous poursuivons sur ce sujet nous amèneront peut-être à des conclusions positives, qui nous paraîtraient aujourd'hui prématurées, et ne possédant pas encore cette précision qu'on est en droit d'exiger dans les affirmations d'ordre scientifique.

C'est, cependant, la conception du parasitisme, au moins très probable, s'il n'est pas complètement certain, qui nous a guidé, ainsi que la plupart de nos contemporains, dans le choix des divers agents antiblennorrhagiques.

Dans cet ordre d'idées, on a préconisé, tour à tour, le sulfate de quinine, l'acide phénique, le coaltar (3), le permanga-

---

(1) Voir, pour la bibliographie de la question des parasites dans la blennorrhagie, Weiss; Le microbe du pus blennorrhagique, thèse de doctorat Nancy, 1880.

(2) Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition.* Paris, 1882, p. 353.

(3) Voir les modifications apportées par le Dr Leblond au traitement de l'uréthrite par le coaltar. Fissiaux, *Annales de gynécologie*, 1882, t. XVII, p. 86.

nate de potasse (1). Ces deux derniers nous ont souvent réussi, mais nous n'insisterons pas davantage sur leur emploi, voulant surtout exposer, ici, les résultats obtenus au moyen de l'eau oxygénée.

Les travaux de MM. Bert et Regnard, et les notes communiquées à la Société de biologie, par M. Regnard, au nom de MM. Péan et Baldi, et par M. Brochin, à la Société de médecine pratique, nous ont donné l'idée d'appliquer à la blennorrhagie, ce mode de traitement, essayé par eux, avec succès, dans le pansement des plaies.

Nous avons fait usage d'eau oxygénée médicinale, à 10 volumes par litre, à peu près neutre, ne rougissant pas, ou rougissant à peine, le papier bleu de tournesol.

Ce point est important à bien spécifier, car l'eau oxygénée du commerce, ainsi que l'a fait observer M. Regnard dans ses communications, contient ordinairement une forte proportion d'acides, d'où pourraient résulter de graves inconvénients.

Contre la vaginite, nous avons eu recours à des irrigations quotidiennes avec l'eau oxygénée pure, suivies de pansements avec des tampons d'ouate imbibés du même liquide.

Dans l'uréthrite, nous avons injecté dans l'urèthre, sans nous préoccuper de le laisser pénétrer dans la vessie, un mélange, au quart ou au tiers, selon le degré d'acuité de la maladie.

Pour toutes les autres localisations (glandes périuréthrales, glandes et glandules vulvo-vaginales, col utérin), nous avons employé le liquide pur, tel qu'il nous a été remis par le fabricant, en injectant quelques gouttes tous les jours, avec la seringue de Pravaz pour les glandes, avec une seringue à injection utérine pour le col.

N'ayant eu affaire, dans le cours de ces recherches, qu'à des

(1) Les doses de permanganate de potasse, conseillées par Weiss et par quelques autres, sont beaucoup trop faibles, au moins chez la femme. Nous avons toujours fait usage d'une solution à 1/250, ainsi que le conseille le Dr Boureau. Gourgues : Du permanganate de potasse dans la blennorrhagie, thèse de doctorat. Paris, 1881.

métrites cervicales, l'extrémité de la canule ne dépassait jamais le niveau de l'orifice interne, et pénétrait à deux ou trois centimètres seulement. On doit toujours s'assurer, que le liquide injecté reflue facilement dans le vagin, où il s'accumule, en produisant une mousse blanche extrêmement abondante, qui remplit bientôt le spéculum, et masque complètement le museau de tanche. L'injection sera poussée lentement et peu à peu.

Nous avons commencé à faire usage de l'eau oxygénée, au mois de juillet dernier, c'est-à-dire il y a environ deux mois.

Depuis cette époque, un grand nombre de malades atteintes de blennorrhagies à diverses périodes, la plupart à l'état subaigu, ont été soumises à cette médication, associée à des bains, à l'exclusion de tout autre moyen. Plusieurs de ces malades sont sorties complètement guéries ; d'autres, quoique améliorées, sont encore en traitement.

Le chiffre de nos observations n'est pas assez considérable, pour qu'on puisse comparer les effets obtenus par les applications d'eau oxygénée, à ceux qu'ont donné d'autres liquides antiseptiques. C'est là ce que nous nous proposons de faire plus tard. Mais nous pouvons dire déjà, d'après ce que nous avons vu, que les résultats fournis par l'emploi de l'eau oxygénée, dans la blennorrhagie, sont des plus encourageants. C'est ce qui nous a engagé à les signaler, dès aujourd'hui, dans l'espoir qu'ils seront confirmés par d'autres expérimentateurs, non seulement chez la femme, mais encore chez l'homme, pour lequel il est très probable que l'action curative de cet agent médicamenteux serait également favorable. De plus, c'est un mode de pansement non douloureux, et d'une extrême propreté, ne tachant ni les téguments, ni le linge, ne répandant aucune odeur.

Nous n'avons parlé, ici, que de ce qui est relatif à la blennorrhagie. Nous reviendrons, prochainement, sur les propriétés de l'eau oxygénée, que nous appliquons, en ce moment, au traitement du chancre simple, et de diverses manifestations de la syphilis.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'USAGE DES EAUX MINÉRALES DES BAINS DE MER ET DE L'HYDROTHÉRAPIE PENDANT LA GROSSESSE.

Par le Dr Queirel (de Marseille).

INTRODUCTION.

La grossesse est un état physiologique. La femme, en état de gestation, remplit une des deux grandes lois de la nature, en concourant à la conservation de l'espèce : loi primordiale nécessaire, qui fait partie de sa destinée; aussi le plus souvent l'état gravide diffère peu, en apparence, de l'état de vacuité. Je veux dire qu'il n'influe pas, d'une manière sensible sur sa santé habituelle et les modifications nombreuses, indispensables à l'accomplissement de cette fonction si importante, peuvent passer chez elle inaperçues. S'il faut en croire quelques auteurs, c'est le raffinement de la civilisation qui apporte des éléments nouveaux dans cette question, et fait d'une chose naturelle une dangereuse affaire. Il est certain qu'en comparant ce qui se passe chez la femme à l'état de nature, ou même chez les femmes de la campagne à ce que l'on observe chez celles de nos grandes villes, on constate d'énormes différences, mais qui ne peuvent pourtant pas être mises toutes sur le compte de la civilisation. Chez nos citadines et nos mondaines, quelles grandes variétés encore! Si toutes les grossesses étaient les mêmes, se produisant sur des sujets identiques, la question mise au concours serait encore complexe, mais plus facilement résolue. Au lieu de cela, ne voit-on pas combien seront diverses les grossesses chez tel ou tel sujet, ou encore chez la même personne? Et je ne parle pas de la primiparité si différente déjà de la multiparité; mais, chez la même femme, de cette différence qui existe entre plusieurs grossesses consécutives,

pas une ne se ressemble, et comme disait Gubler : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades » ; ainsi nous pourrions dire : « Il n'y a pas de grossesses, il n'y a que des femmes grosses. » Pour l'une, cette grossesse est un fardeau léger qu'elle porte allègrement ; pour une autre, c'est un poids lourd et fatigant qui épuise ses forces et peut ouvrir la porte à bien des maux, à bien des dangers, compromettre son existence ou nécessiter l'interruption même de la gestation. Chez celle-ci, malade déjà, elle peut empirer son affection et la rendre incurable ; pour celle-là, simplement prédisposée par son tempérament, elle peut faire naître la maladie qui n'existait pas ; pour une autre, enfin, réveiller une diathèse qui sommeillait et être le point de départ de phénomènes morbides dont l'éclosion est due exclusivement à cet état réputé physiologique, mais qui diffère si essentiellement de l'état normal.

Chez les unes et les autres, la gestation crée des modifications : ou constantes, ce sont celles qui ont trait aux organes génitaux et en particulier à l'ampliation de l'utérus ou encore à l'économie tout entière, l'état du sang, par exemple ; ou bien variables, suivant l'état du sujet, son tempérament, ses antécédents, sa susceptibilité, et qui ne sont, pour ainsi dire, que le contre-coup de la révolution dont le théâtre est la sphère génitale. C'est à ces dernières que se rattachent tous les phénomènes sympathiques, aujourd'hui l'on dit réflexes, phénomènes d'ailleurs morbides qui peuvent n'être que passagers, que fonctionnels, ne compromettre que pour un temps la vie de la femme, ou bien devenir à leur tour l'expression de maladies organiques dont le sujet aura acquis la triste propriété.

On entrevoit déjà que les indications qu'on nous demande seront différentes, suivant qu'il s'agira d'une grossesse se présentant dans les conditions absolument normales, ou de celles qui évoquent plus d'un chapitre de pathologie ; et comme, d'une part, c'est surtout dans ces dernières que se développent les affections chroniques et le réveil des diathèses, comme, d'autre part, les eaux minérales, les bains de mer, l'hydrothérapie, sont des modificateurs puissants dirigés habituellement contre

ces états pathologiques, on en conclut tout de suite que c'est surtout dans ces dernières que ces agents trouveront leurs principales indications.

Quoi qu'il en soit, il nous faudra esquisser rapidement ces modifications de l'organisme; ce ne sera pas sortir de notre sujet, mais en poser les prémisses.

De toutes les modifications que la grossesse fait subir à l'organisme, les plus apparentes, comme les plus indispensables, se passent dans la sphère génitale et particulièrement dans l'utérus qui est l'organe même de la gestation. C'est, en effet, dans lui que, pendant neuf mois, le nouvel être va habiter, croître et se perfectionner. Il suffit de réfléchir, un instant, que cet utérus dont la cavité, en dehors de la grossesse, n'a qu'une capacité de 2 à 3 centimètres cubes, doit contenir, au bout de quelques mois, un fœtus du poids de 3 à 4 kilogrammes et les annexes en plus, pour comprendre quels changements vont se passer, et dans sa structure, et dans ses propriétés. Le tissu des parois dans ses trois tuniques, s'hypertrophie en effet, et bien que ces parois, au terme de la gestation, soient amincies, elles ne cèdent pas seulement à la distension excentrique produite par l'augmentation du contenu. Ce qui le prouve, c'est que dans les grosseses extra-utérines, la matrice, comme aussi chez les femelles d'animaux, la corne vide, augmentent d'épaisseur avec l'âge de la grossesse qui leur est *ectopique*. Mais ce tissu des parois ne s'hypertrophie pas seulement quant aux éléments préexistants, il y a apport de tissu nouveau dont l'organe, devenu centre d'une activité circulatoire bien plus grande, emprunte les matériaux à l'économie de la femme. Tous les éléments de la contexture utérine augmentent de volume; quelques-uns, imperceptibles jusque-là, se laissent observer à l'œil nu; d'autres s'y montrent à cette occasion et ne sont que transitoires.

A cet accroissement anatomique correspondent des fonctions plus accusées. La sensibilité, l'irritabilité et la contractilité, je ne parle pas de la rétractilité qu'on invoque après la pé-

riode que nous étudions, étaient à peine sensibles dans ce viscère inactif. Elles augmentent d'intensité, s'exagèrent même au point de devenir pathologiques, à partir du moment de la conception : ce sont des fonctions, autrefois rudimentaires, comme l'a fait observer M. Pajot, avec lesquelles maintenant il faudra compter, et qu'une médication intempestive pourrait exaspérer au grand préjudice de la gestation.

La contractilité utérine se manifeste en dehors de l'influence de la volonté; ce qui le prouve assez, c'est l'emploi du chloroforme qui n'entrave pas le travail. Toutefois, les impressions morales peuvent la faire naître ou l'arrêter; mais sans vouloir discuter le rôle du système nerveux sur cette propriété, je retiendrai qu'elle est d'action réflexe et que les excitants périphériques, même en dehors de la sphère génitale, peuvent la provoquer. Quant à la sensibilité et à l'irritabilité, elles sont plutôt réveillées directement par le toucher, le coït, etc.

Notons, en passant, le changement de situation de la matrice qui, abaissée dans le bassin au deuxième mois, monte dans l'abdomen à la fin du troisième.

Pour ce qui a trait aux modifications des autres organes génitaux, je ne mentionnerai que la coloration du vagin et le pouls vaginal d'Osiander, afin de retenir que ce conduit, ainsi que la vulve d'ailleurs, est le siège d'une congestion plus grande qu'il importe de ne pas augmenter. La circulation veineuse y est si intense que là, comme aussi sur la moitié inférieure du corps, on constate quelquefois des varices. Celles-ci peuvent donner lieu au thrombus de la vulve et de tout le conduit vulvo-utérin.

Le plancher périnéal devient plus souple chez la femme grosse, ce qui est fort heureux, en prévision du rôle qu'il doit jouer dans l'accouchement. Le praticien doit faciliter cette heureuse disposition. Les parois abdominales sont fréquemment le siège de vergetures nombreuses, les muscles abdominaux peuvent se relâcher ou céder sous l'influence d'une distension trop grande ou trop répétée à de courts intervalles, et offrir cette forme particulière qui constitue le ventre en besace, cause

de dystocie, et signalée dans ces derniers temps par M. Depaul. Pour ne pas nous éloigner du bassin, de cette enceinte où s'effectue le développement du nouvel être, nous mentionnerons les modifications qui se passent dans les symphyses. C'est principalement un ramollissement des tissus articulaires dont la conséquence est de permettre des mouvements connus depuis longtemps pour l'articulation sacrococcygienne et bien mis en lumière pour la symphyse des pubis par M. Budin. Le sacrum lui-même est mobile sur les os coxaux.

Le rectum, soit par compression, soit par action réflexe, est le siège d'une constipation qui peut devenir opiniâtre, ou alterner avec la diarrhée. Cet organe, qui a tant de points de contact avec les régions génito-urinaires, est très souvent à son extrémité inférieure le siège d'hémorrhoïdes qui attestent la plénitude des veines du bassin et la difficulté de la circulation en retour, gênée par l'augmentation de volume de l'utérus.

Plus loin de la zone génitale, se passent, dans les grands appareils, des phénomènes que nous devons mentionner. Ils sont de nature fonctionnelle et sous la dépendance du système nerveux, ou bien anatomiques et sous l'influence du système circulatoire.

Les premiers portent surtout sur le tube digestif. Tout le monde sait combien vomissent facilement les femmes enceintes. Le vomissement des premiers mois est un symptôme de la grossesse, mais il peut, ainsi que la diarrhée quelquefois, devenir incoercible et être alors un véritable accident pathologique des plus fâcheux. Il est vrai qu'on a avancé que dans ces cas l'estomac était influencé par une ulcération du museau de tanche, ce qui n'a pas cependant été prouvé dans la majorité des cas.

Il faut signaler encore sous la dépendance du système nerveux : les envies, les malaises, l'horreur des aliments, la boulimie (tant il est vrai que les extrêmes se touchent), le goût ou la répugnance pour les odeurs, ou des mets et des boissons autrefois insupportables ou préférés, les syncopes, l'envie irrésis-

tible de dormir, les frayeurs soudaines, la perte de la mémoire, l'antipathie pour certaines personnes pouvant se porter sur les êtres les plus chéris; enfin, de véritables névroses avec tout leur cortège d'extravagances et de bizarreries, la manie, la folie même, quand le système nerveux est fortement surexcité.

Pour les phénomènes du second ordre qu'on peut imputer à une circulation plus active et à une plus grande masse sanguine liquide, mais inégalement répartie, on peut mentionner :

L'état graisseux du foie, sur lequel M. Tarnier déjà, en 1857, dans sa thèse inaugurale, avait attiré l'attention des physiologistes, et plus tard, en 1872, M. de Sinéty; la présence du sucre dans le sang, sa constitution particulière qui offre la proportion inverse des globules, l'augmentation de l'eau et la diminution de l'albumine;

L'hypertrophie du cœur, signalée par Larcher, dont Ducrest, plus tard, contrôla la mensuration; et enfin les mêmes études de M. Blot sur l'augmentation du poids de cet organe et sur le souffle cardiaque.

Je ne mentionnerai pas les modifications de l'appareil urinaire qui sont pathologiques. En dehors de la présence de la kyestéine dans l'urine, de l'augmentation des chlorures et de l'eau, et de la diminution des phosphates et de l'urée, il n'y a rien à noter dans les changements qui ne proviennent pas de l'organe sécréteur.

L'appareil respiratoire est influencé mécaniquement.

La cage thoracique a moins d'étendue qu'à l'état de vacuité. Les phénomènes chimiques sont aussi modifiés, ainsi qu'il ressort des belles recherches d'Andral et Gavarret, sur l'exhalation de l'acide carbonique.

L'incurvation du rachis est encore à signaler comme conséquence mécanique de la gestation; elle est tout à fait en rapport avec le ramollissement des symphyses. Notons en passant le développement des ostéophytes crâniens, sur lesquels nous aurons à revenir à propos du rachitisme.

On le voit, dans cet exposé rapide, nous avons de la tendance

à empiéter sur le chapitre de la pathologie. C'est que la limite physiologique où s'arrêtent les phénomènes de la grossesse avant de devenir morbides est difficile à tracer.

A proprement parler, on pourrait dire que toutes les modifications de l'état gravide proviennent des nouvelles conditions dans lesquelles se trouvent le système sanguin et le système nerveux. Et encore, si l'on s'en tenait au vieil adage « *sanguis moderator nervorum* », pourrait-on considérer tous les troubles de la gestation comme ayant leur origine primitive dans le liquide sanguin.

L'état dyspeptique qui entre en jeu, dès le début, par un cercle vicieux trop fréquent en médecine, augmente encore la disproportion qui existe entre le fluide sanguin, durant la grossesse, et celui de l'état normal antérieur.

Mais il ne faut pas oublier que c'est le sang qui fournit la substance du nouvel être, qui suffit à son développement, qui apporte à l'utérus les matériaux nouveaux, destinés à son ampliation, et, pour parer à tous ces frais, il augmente en quantité, il se modifie dans ses qualités. Il est bien prouvé aujourd'hui, par l'expérience, que la masse totale du sang est plus considérable chez la femme grosse, puisqu'elle voit son poids augmenter, alors que le fœtus, par son âge et son volume, ne peut encore expliquer cette différence. D'un autre côté, nous avons vu que le cœur présentait un accroissement de volume et de poids, pour suffire à l'effort nouveau que nécessite la richesse de la circulation, surtout dans le département génital. Il se passe là, dans l'organe central, à peu près ce que l'on constate dans les hypertrophies compensatrices des insuffisances. Ici, l'obstacle à vaincre est dans le cœur même; là, c'est à la périphérie; mais, comme tout le système circulatoire est solidaire et clos de toutes parts, le résultat est le même. C'est une des lois de physiologie générale, exprimée avec talent par Cl. Bernard : qu'à une fonction nouvelle il faut un organe nouveau; c'est la loi de l'adaptation, elle a quelque chose de fatal !

Pour la nouvelle fonction de l'utérus, il faut un utérus nouveau, et l'on peut bien qualifier ainsi la matrice à l'état gra-

vide, si l'on se rappelle combien d'éléments de nouvelle formation entrent désormais dans sa constitution. Voyez cette muqueuse qui deviendra caduque, dont le rôle n'est que transitoire et s'atrophiera au milieu même de la grossesse, comme, plus tard, s'atrophieront et disparaîtront les fibres lisses surajoutées aux couches musculaires !

Elle obéit à cette même loi, qui a sa contre-partie, à savoir : qu'un organe dont les fonctions n'ont plus à s'exercer disparaît.

Ainsi donc le cœur, le système nerveux aidant, s'adapte à ce nouvel état, et on constate, à côté d'un simple effort fonctionnel, des lésions provenant de la disproportion de l'organe et du rôle que la gestation lui impose quelquefois, lésions centrales ou lésions éloignées ; on pourra observer alors des suffusions séreuses, de l'œdème, de l'anasarque, qui ne s'expliqueront pas, comme aux membres inférieurs, par la gêne mécanique de la compression utérine, ni par la pléthore des anciens, ou par l'anémie et la chlorose de Cazeaux, mais par cette augmentation de la masse liquide que M. Peter a justement appelée pléthore gravidique. C'est à cet état singulier que nous pourrons rattacher les diverses congestions observées dans différents organes, le foie, par exemple, où cette activité circulatoire précédera les troubles de la fonction glycogénique, ou préparera la cirrhose ; le rein, où se passeront les troubles de la fonction uro-poïétique, avec ou sans dégénérescence du tissu, qui détermineront l'albuminurie, acte pathogénique fort complexe, d'ailleurs.

Si nous faisons entrer en scène le système nerveux, nous nous expliquerons facilement les troubles sympathiques de tous les appareils, et, en particulier, de l'appareil digestif. On dirait d'un poison gravidique, qui, ayant infecté le sang, imprégné le système nerveux, dont les éléments baignent dans ce liquide, manifeste ses effets sur des organes de prédilection; l'estomac est de ceux-là.

En dehors des inflammations des organes génitaux auxquels ils sont prédisposés par leur richesse vasculaire, en dehors des

phlegmasies accidentelles des autres organes, c'est aux systèmes nerveux et sanguin qu'il faut rapporter tous les accidents de la grossesse. Il ne faut pas oublier que ces deux grands appareils, sollicités primitivement, apportent à l'économie de la femme grosse une grande activité circulatoire et une impressionnabilité plus grande encore ; que ces deux modifications seront d'autant plus évidentes qu'il y aura chez elle prédisposition par un tempérament sanguin ou nerveux, par exemple, ou encore par une névrose mal éteinte, une affection cardiaque ancienne, une métrite chronique, une misère physiologique, etc.

Quand une muqueuse est malade, a dit Trousseau, ce sera par elle que se feront les hémorrhagies supplémentaires. Quand un organe est le siège d'une inflammation habituelle, dit M. Peter, c'est sur lui que se produiront les manifestations arthritiques ; ce que l'on pourrait exprimer d'une manière générale en langage vulgaire, si, toutefois, celui de Xavier de Maistre peut être ainsi nommé : « On tombe toujours du côté où l'on penche. »

Aussi, pourrons-nous constater l'hémoptysie chez les tuberculeuses, l'arthrite déformante chez les rhumatisantes, etc. Pour ces dernières, M. Durand-Fardel, dans son étude critique de l'étiologie de l'arthrite noueuse (1880), est très catégorique. « Je ne crois pas, dit-il, qu'il faille beaucoup insister sur les rapports que l'on a pu trouver l'occasion d'établir entre l'apparition de l'arthrite déformante et la grossesse, l'accouchement, la fausse couche, la ménopause....

« Il n'est guère d'état constitutionnel ou d'allures constitutionnelles qui puissent se soustraire à des influences de cette sorte... » Pour les premières malades, nous touchons à l'un des problèmes les plus intéressants, à une des questions les plus graves de la pathologie, de l'hygiène et de l'humanité. Je veux dire l'influence de la grossesse sur la phthisie. Il n'est pas douteux aujourd'hui que la phthisie ne soit aggravée par une grossesse, à l'encontre de quelques anciens auteurs, et, en particulier, de Cullen, Bordeu, Baumès, Dugès, et, de nos jours, Gubler ; nous reviendrons sur l'opinion de ce dernier. A l'en-

contre, disons-nous, de ces grands maîtres, lesquels prétendaient que la grossesse enrayait la marche de la phthisie par une sorte de dérivation salutaire. M. Peter a démontré que la grossesse imprimait à l'appareil respiratoire une modification importante, à laquelle il a donné le nom de pléthore pulmonaire gravidique. Mauriceau avait déjà dit qu'il y avait gêne mécanique et congestion des poumons; d'un autre côté, on sait que les maladies des organes thoraciques sont très graves pendant la gestation. En effet, la pneumonie, par exemple, a une gravité exceptionnelle. Grisolle est le premier qui ait attiré l'attention sur ces faits. « La mortalité est grande, dit-il, qu'il y ait interruption de la grossesse ou non », et, de fait, la statistique lui donne bien raison. Sur dix-huit malades, huit sont mortes.

Sur 57 cas réunis dans la thèse de M. Chenevière (1864), 17 se sont terminés par la mort. On aurait pu donc penser qu'*a priori* la phthisie devait être influencée d'une façon fâcheuse, et c'était aux faits qu'il fallait demander la solution de la question. Si on lit la thèse de M. Gaulard, on sera convaincu de ce que nous avons avancé, car il rapporte un grand nombre de cas très concluants. « De l'étude impartiale de ces faits, dit-il, je crois pouvoir conclure que la maladie est souvent aggravée par la gestation. » C'est, aujourd'hui, l'opinion la plus accréditée, et Gubler est un des rares partisans de l'ancienne doctrine. Chez lui, pourtant, le point de départ est différent. Il base sa manière de voir sur l'antagonisme de la tuberculose et du rachitisme. Or, la grossesse prédispose à cette dernière affection. Les ostéophytes crâniens trouvés chez la plupart des femmes qui succombent pendant la période où elles sont enceintes, ceux que Follin a signalés sur le bassin, sont, même pour ce savant maître, une preuve de rachitisme qu'on pourrait appeler gravide, et qui devrait exclure son antagoniste, la diathèse tuberculeuse. Ce raisonnement, chez un esprit aussi judicieux et aussi distingué que l'éminent professeur de thérapeutique, que l'École de Paris et le monde savant ont eu le regret de perdre, a tout lieu d'étonner. Il pêche par la base.

Rien, en effet, n'est moins démontré que l'antagonisme de deux diathèses en général, et de la phthisie et du rachitisme en particulier. D'ailleurs, c'est surtout à l'ostéomalacie que prédispose la grossesse, et l'on sait aujourd'hui qu'elle diffère, sous beaucoup de rapports, du rachitisme. Acquis dès le bas-âge, celui-ci crée des embarras pendant la gestation, plus encore pendant l'accouchement, mais la grossesse ne le développe pas. Trousseau croit à la similitude des deux affections. Il appelle l'ostéomalacie le rachitisme des adultes. « Chez un sujet atteint d'une diathèse, toute incitation accidentelle peut en faire éclater les manifestations. C'est ainsi que la grossesse pourra développer l'herpétisme », ainsi s'exprime encore M. Gueneau de Mussy. Il est bien d'autres états auxquels la grossesse semble donner un coup de fouet et qui sont aussi aggravés par elle. Affections chroniques ou aiguës, contemporaines de la gestation ou antérieures, ou encore intercurrentes, toutes sont modifiées dans leur marche par cet état physiologique particulier, et toutes le sont dans un sens défavorable. Les fièvres éruptives, par exemple, la variole, et surtout la scarlatine, lui empruntent un cachet de gravité exceptionnel.

Nous n'avons pas eu la prétention de dresser un tableau complet de la symptomatologie de la grossesse, ni de ses accidents; cependant, les considérations qui précèdent suffiront pour nous permettre d'établir cette loi préliminaire : « que toute médication qui favorisera la congestion des viscères prédisposera à l'avortement ou fera naître des phénomènes morbides et devra donc être contre-indiquée ». Cette proposition semblerait un peu naïve si nous ne devions entrer dans quelques détails. L'avortement est l'interruption même de la grossesse, et, à ce seul point de vue, sans parler du danger que peut courir la mère, c'est donc l'écueil à éviter.

Il reconnaît descauses accidentelles assez variées, et variables d'ailleurs avec les sujets, agissant toutes à la manière de tous les traumatismes et des causes prédisposantes, sans lesquelles les précédentes ont bien peu d'action. Mme Lachapelle, cet esprit si profondément observateur et pratique, attribue à ces

prédispositions organiques une très grande importance, surtout pendant les premiers mois, où, justement, l'avortement est plus fréquent. Je me rappelle avoir entendu M. Pajot, dans son cours si rempli d'anecdotes instructives, avoir voulu graver dans notre mémoire les mêmes idées, en nous citant le cas d'une femme qui aurait avorté parce qu'elle avait été incommodée par une bougie mal éteinte, et, immédiatement après, l'histoire d'une autre femme qui s'était précipitée du Pont-Neuf et qui n'avait pas eu le moindre symptôme de fausse couche.

Le célèbre professeur dont nous parlons divisait les causes de l'avortement : en causes provenant de la mère, causes provenant du fœtus, et, enfin, causes provenant du père. Si nous voulions suivre cette division, pour la mère, en dehors des traumatismes et des maladies intercurrentes, nous retrouverions encore la tuberculose, qui prédispose incontestablement à la fausse couche. Il faudrait y ajouter toutes les diathèses ou à peu près, la syphilis, notamment, puis la scrofule, etc. Quant au père, l'étiologie, pour être moins apparente, n'en est pas moins réelle, et même en dehors de toute affection caractérisée.

Je connais un cas curieux qui prouve bien l'influence paternelle dans la prédisposition fâcheuse que nous étudions.

Mme M... a été six fois grosse ; elle a toujours avorté, si l'on peut ainsi dire, à sept mois, à huit, ou près du terme. Une fois même elle a mis au monde un enfant mort-né de neuf mois révolus. Las de chercher les causes de ces accidents dans la constitution de la femme ou dans sa manière de vivre, on prescrivit un traitement tonique, les ferrugineux, au mari. La prochaine grossesse, qui commença six mois après, fut heureuse, et, depuis, Mme M... a encore accouché une seconde fois avec succès. M. M... se met au fer quand il veut un enfant.

Je passe sur les causes inhérentes à l'œuf et qui lui sont propres, c'est-à-dire qu'il ne reçoit pas par hérédité. Aussi bien pour le sujet qui nous occupe, nous préférerons la classification de M. Garimond, qui nous explique mieux la pathogénie de cet accident ; à ne considérer que le phénomène initial, ces causes

agissent de trois façons : 1° en provoquant la contractilité utérine; 2° en provoquant l'hémorrhagie et rompant les adhérences de l'œuf; 3° en intéressant l'œuf lui-même (rupture de l'amnios, mort du fœtus).

Ces causes prochaines sont les seules que nous ayons besoin d'invoquer aujourd'hui et elles ont à nos yeux une grande importance; car toute médication qui sollicitera un de ces processus devra être rejetée, et, en ce qui concerne la question que nous étudions, sera contre-indiquée toute médication balnéaire qui, soit par sa température, soit par sa composition chimique ou son mode d'emploi, pourra provoquer une de ces causes : choc, excitation du système nerveux périphérique, congestion, arrêt du cœur, absorption, réaction fébrile, etc... Tous ces phénomènes devront être évités.

DES EAUX MINÉRALES EN GÉNÉRAL.

Les eaux minérales sont d'un usage de plus en plus répandu en France. Grâce aux nombreuses voies ferrées qui peuvent transporter, avec moins de fatigue et une grande économie de temps et d'argent, les malades dans les diverses stations thermales, celles-ci ont été de plus en plus fréquentées. Leur installation, il faut le dire, depuis une vingtaine d'années, s'est beaucoup améliorée, et telle station qui était à peine connue alors, est aujourd'hui en pleine prospérité. Le confortable, les distractions, les promenades, complément nécessaires du traitement, s'y trouvent chez la plupart et sont un grand attrait pour les baigneurs sérieux et les amateurs de villégiature qui craignent la solitude. S'étant ainsi démocratisées avec les chemins de fer que beaucoup ont fait arriver jusque chez elles, elles offrent leurs bienfaits non seulement à la classe riche, mais encore à toutes les classes de la société, y compris les indigents qui, dans beaucoup, peuvent recevoir un traitement gratuit. Aussi, peut-on dire qu'il n'est pas d'affection chronique, pas de maladie sérieuse qui entraîne une convalescence un peu

longue, qui ne soit prétexte à une saison de bains. Il n'est donc pas étonnant que l'on se soit demandé si de pareils moyens n'auraient pas une influence favorable sur la grossesse et ses mille manifestations morbides. Les eaux minérales sont très nombreuses en France, et leurs propriétés multiples suffisent à toutes les exigences de la thérapeutique. Nous aurons à les classer d'après leur principe actif, mais, il faut le dire tout de suite, on se ferait une idée fausse de l'action des eaux minérales, si l'on ne considérait que cet agent principal. Il faut bien qu'on se pénètre de cette idée qu'entre l'administration d'un médicament et celle d'une eau minérale le renfermant à titre de combinaison naturelle, il y a une grande différence. Prescrire de l'arséniate de soude ou une eau arsenicale n'est pas la même chose, attendre le même effet d'une eau bicarbonatée ou de l'emploi du bicarbonate de soude seul serait une illusion ; et si nous considérons le mode même d'administration de ces agents naturels, les différences s'accentueront encore. Il faudra tenir compte de leurs effets mécaniques, physiques, chimiques et dynamiques. Chaque groupe d'eaux aura son mode d'action spécial, bien qu'il faille s'attendre, dans ce groupe même, à rencontrer des résultats passagers ou définitifs différents; mais toutes prises en général ont une action commune, toujours la même, sur l'économie, en dehors de leurs qualités spéciales, en dehors de l'action de l'agent principal qui les caractérise. Je dirai, pour exprimer toute ma pensée, qu'avant d'agir par tel ou tel principe, l'eau minérale agit, en tant qu'eau minérale, sans qu'on puisse entrevoir tout d'abord son action spéciale, déterminée. Chez tous les sujets, la médication thermale développe une stimulation générale des fonctions qui s'adresse à l'organisme sain et que M. Durand-Fardel caractérise ainsi (1) :
« Quand un traitement thermal est appliqué d'une façon op-
« portune et méthodique, voici ce qu'on observe : l'appétit se
« développe, la digestion s'opère plus facilement, les fonctions
« de la peau s'animent, la circulation s'exerce avec plus de li-

(1) Durand-Fardel. *Les eaux minérales et les maladies chroniques.*

« berté, les sécrétions glandulaires s'activent, des phénomènes « hémorrhoïdaires tendent à se développer, les *règles apparais-* « *sent* ou se *montrent plus abondantes*, la caloricité s'accroît, « les forces s'améliorent, les facultés affectueuses s'épanouis- « sent. »

Tel est l'ensemble des phénomènes qui donne une idée de l'action du traitement thermal sur la partie saine du système : c'est une exagération des fonctions physiologiques et, pour ce qui nous concerne, nous pouvons déjà y voir des phénomènes emménagogues qu'il faudra éviter.

L'activité circulatoire, l'hypersécrétion de certaines glandes sous l'influence gravidique seule, ne seront-elles pas exagérées encore par cette nouvelle incitation ! Certains organes ne seront-ils pas fatalement congestionnés par l'addition d'un excitant nouveau, alors que leur richesse vasculaire les prédisposait déjà à ce phénomène pathologique ? Qu'en résultera-t-il, surtout dans cette période de la grossesse si favorable aux avortements? La tension vasculaire ne déchirera-t-elle pas les parois des vaisseaux et n'amènera-t-elle pas consécutivement le décollement de l'œuf? Ou bien le même résultat ne sera-t-il pas atteint par les contractions utérines, que provoquera l'excitation du système nerveux? « C'est le propre de l'ensemble des « eaux minérales, dit encore le même auteur, aussi bien des « plus minéralisées et des plus significatives que de celles dont « la minéralisation négative et les indications apparentes ne « semblent tendre qu'à des actions purement sédatives, » que cette stimulation générale, cet éréthisme fonctionnel.

Ainsi donc il est au moins inutile d'ajouter un excitant général à l'excitation physiologique de la grossesse, quand, pour s'exposer à ce danger, on ne doit en retirer aucun avantage. Et nous trouverons là une première contre-indication de l'emploi des eaux, dans les gestations normales et vraiment physiologiques, c'est-à-dire dans cet état qui n'a rien de pathologique, et qui est si voisin de la santé. Avant même d'avoir donné une classification des eaux, nous pourrions fournir un exemple de ce que nous avons avancé. Les eaux de Néris sont classées, par

tous les hydrologues, parmi les eaux sédatives, à minéralisation faible. On y envoie les femmes nerveuses, les hystériques principalement. Les eaux agissent surtout par leur température élevée, mais généralement on les refroidit pour l'usage, surtout au début du traitement. Eh bien ! leur emploi, comme tout traitement thermal, provoque deux périodes bien différentes : la première excitante, la deuxième sédative. Dans les Bulletins de la Société d'hydrologie (5e liv., 1875-1876, p. 242), M. de Ranse, à propos de ces eaux, cite une observation dans laquelle leur effet emménagogue ne s'est point fait attendre.

Observation I. — Dame de 30 ans, dysménorrhéique avant son mariage, a eu depuis trois enfants ; après chaque couche, son état s'est aggravé. En arrivant à Néris, elle présente tous les phénomènes d'une névropathie hystérique...... Administration très prudente des eaux en bains et douches générales. Aggravation momentanée de son état nerveux, puis, quinze jours après, perte abondante (la menstruation était supprimée depuis trois mois).

Cette femme était-elle enceinte? L'observation ne le dit pas, et je veux bien croire que non ; mais l'eût-elle été, le résultat n'aurait pas été différent, l'excitation sur les organes génitaux n'eût pas été moindre, et l'avortement s'en serait très certainement suivi.

Nous avons placé ici cette observation pour montrer qu'il faut se défier des eaux, même à minéralisation faible et peu significative et employées avec prudence. Nous en trouverons de semblables à propos des eaux dont les principes sont plus actifs. D'autres conditions, étrangères à leur spécialisation, font encore varier l'action des eaux minérales ; je veux parler du mode d'emploi.

Dans la plupart des établissements balnéaires, on use des eaux à l'intérieur, c'est-à-dire en boisson, et à l'extérieur, c'est-à-dire en bains généraux ou locaux, en douches générales et locales, en pulvérisation, en inhalation (je place ainsi parmi les moyens externes l'inhalation pour ne pas préjuger encore de l'absorption dont je parlerai plus tard). Quelques stations, comme Saint-Amand, utilisent les boues minérales, ou comme

Néris, Dax, Luchon, les boues végétales, soit encore en bains, ou en applications locales. Ces différents moyens que nous venons d'énumerer brièvement, et qui sont en quelque sorte l'arsenal des établissements thermaux, s'emploient à des températures variées ; tous, ou quelques-uns seulement, entrent dans les divers traitements.

La température est un des éléments importants de la médication par les eaux minérales ; elle en facilite l'action en favorisant l'absorption des principes chimiques, mais elle agit aussi par elle-même à ce point que quelques médecins éminents, entre autres M. Lasègue, attribuent l'efficacité de ces agents surtout à leur température et principalement à la température élevée.

Quelques auteurs, à l'exemple de Rotureau, ont basé même leur classification sur cette propriété en divisant les eaux en hyperthermales, thermales, hypothermales. C'est surtout à ces dernières que nous aurons recours quand nous devrons employer cette médication chez les femmes grosses ; nous n'userons qu'exceptionnellement des thermales et pas du tout des hyperthermales. Bazin, à ce point de vue, les divisait en :

Eaux	froides	de 6°	à	15°	centigrades.
—	tièdes	de 20°	à	30°	—
—	chaudes	de 30°	à	100°	—

En dehors de l'action générale sur le système nerveux, de l'activité circulatoire passagère ou durable à laquelle nous devons la congestion génitale ; de l'effet laxatif qu'ont toutes les eaux minérales prises en boissons ; thérapeutiquement, les eaux minérales s'adressent directement : soit à l'appareil digestif ; ce sont les eaux purgatives qui combattent si efficacement la pléthore abdominale à laquelle, non sans raison, les cliniciens, mais surtout les Allemands, font jouer un si grand rôle dans la genèse des affections circulatoires ; soit à l'appareil urinaire ou glandulaire cutané, en provoquant l'élimination des principes uriques et sucrés ; soit enfin à l'appareil pulmonaire en sollicitant la perspiration de la muqueuse bronchique ; tous appareils qui entrent en jeu et deviennent de véritables

émonctoires naturels pour débarrasser l'organisme des humeurs ou des produits pathologiques en excès.

Mais à chacune de ces sollicitations fonctionnelles ne correspond pas une classe déterminée et, si l'on voulait se baser sur ces données générales pour établir une classification, elle serait défectueuse au premier chef. Nous insisterons encore une fois sur cette considération, à savoir qu'à une composition chimique donnée, ne correspond pas une action physiologique déterminée.

En un mot, qu'une série de phénomènes dynamiques n'est pas la conséquence fatale d'un coefficient chimique :

« Les eaux minérales, lorsqu'elles sourdent des entrailles de « la terre, avec une constitution particulière qui leur a valu le « nom de *vivantes*, apportent à la surface non seulement de la « chaleur, mais aussi de l'électricité, si bien qu'avec des in- « struments même peu délicats, on en démontre la présence, « ainsi que Scouttetten l'a fait depuis longtemps (1). »

La chaleur, l'électricité, voilà deux agents physiques dont il importe de tenir compte dans leurs rapports avec l'organisme. Dans l'état actuel de la science, sait-on quelle est l'action exacte de l'électricité sur l'intimité de nos tissus, sur les éléments histologiques? Sait-on davantage s'il ne se passe pas en nous, quand nous sommes soumis à certains traitements, des phénomènes latents? On sait du moins que cet agent, impondérable et invisible, est un agent puissant qui doit être un modificateur d'une énergie plus ou moins intense, mais qui assurément n'est pas nulle. Ne pourrait-on pas expliquer même cette action générale sur le système nerveux, dans tout traitement thermal, par le développement de l'électricité qu'on a constatée dans presque toutes les eaux minérales? On peut la considérer comme une propriété physique, ainsi que la chaleur, venant s'ajouter à l'eau minérale, quelle que soit sa composition chimique, et n'attendant pas l'effet de celle-ci pour agir sur l'économie.

« Nous devons nous représenter l'organisme agissant comme

(1) Gubler. *Leçons de thérapeutique*, 1880, p. 15.

une série d'assimilations et de désassimilations incessantes, dont les agents essentiels se trouvent dans le milieu sanguin et dans le système nerveux: le premier, siège des phénomènes chimiques; le deuxième, siège des dynamiques (1). »

Or, c'est précisément la façon dont nous avons envisagé l'organisme durant la grossesse. Si donc le liquide sanguin est altéré, dans sa quantité, sa qualité, sa composition chimique, sa manière d'être, sa vie enfin, ces phénomènes chimiques dont il est le siège seront modifiés par cette raison même, et pourront être altérés aussi et les conditions normales dans lesquelles ils s'exercent seront dès lors changées. De même seront modifiés les phénomènes dynamiques dans un système nerveux qui sera sollicité à des actions nouvelles, à des fonctions anormales, par une cause qui détruira cette harmonie d'assimilation et de désassimilation qui constitue la santé. La santé, c'est-à-dire l'équilibre de toutes les fonctions, l'égalité physiologique, si je puis ainsi m'exprimer, entre les appareils. Sous l'influence de telles perturbations, avec la prédominance de telles modifications, mettant en relief tel système, avec la persistance de tels phénomènes, compatibles encore avec le jeu de l'organisme, en apparence régulier, nous avons l'établissement du tempérament, d'un état constitutionnel qui n'est pas encore la maladie, mais qui y tend, qui y confine et qui finit par y conduire s'il trouve une occasion. La grossesse est une de ces occasions ; elle peut ne pas rompre l'équilibre : c'est la grossesse physiologique ; mais elle peut, au contraire, faire pencher la balance dans tel ou tel sens : c'est la grossesse pathologique, c'est-à-dire ces modifications morbides qui accompagnent la gestation.

Notre conduite, hâtons-nous de le dire, ne doit pas être la même dans les deux cas ; les indications de ces deux états seront différentes, ainsi que nous le verrons bientôt.

Il est encore une considération fort importante dans le régime thérapeutique des eaux minérales : ce sont les conditions

(1) Durand-Fardel. *Loc. cit.*, p. 122.

hygiéniques nouvelles que créent ces stations aux malades qui les fréquentent. Nul doute que si l'on sait s'abstenir de ces parties, ces excursions, ces marches, ces exercices, qui fatiguent une femme enceinte, celle-ci se trouvera bien d'une saison dans ces établissements; mais pour les sujets qui nous occupent spécialement, il est une condition première dont il faut dire un mot : c'est le voyage. On s'accorde généralement à proscrire les voyages, surtout ceux qui nécessitent de longues heures en chemin de fer. A une femme prédisposée à l'avortement, à une autre dont on ne connaît pas la tolérance pour une première grossesse, on doit refuser l'autorisation de voyager en chemin de fer, à cause de la trépidation, en voiture, à cause du cahotage.

Si le voyage est absolument nécessaire, on recommandera de le faire à petites journées, en ne restant que deux à trois heures au plus en wagon. On ne peut donner que des indications générales à ce sujet, mais tous les praticiens savent combien sont funestes les voyages et surtout les voyages de noces, chez les jeunes mariées qui souvent deviennent grosses pendant leur lune de miel, et avortent avant de revenir à leur domicile. Les fatigues du voyage, les embarras de la vie d'hôtel, la privation du bien-être, et quelquefois l'absence de la mère ou des personnes au service même de la malade, augmentent la gravité de ces fausses-couches du début.

Le but de la thérapeutique doit être :

1° D'améliorer l'état présent de la malade;

2° De ne pas compromettre l'avenir;

3° D'amener la guérison.

Ces préceptes donnés par Bazin, mais qui, je crois, ne lui sont pas personnels, sont surtout vrais quand il s'agit des femmes en état de gestation. Ici, en effet, moins que partout ailleurs, il faut compromettre l'avenir, c'est-à-dire la grossesse. Il faut amener la guérison, c'est-à-dire arriver au terme de cette pseudo-maladie qui se dénoue par l'accouchement; mais il faut aussi améliorer l'état présent de la femme grosse. C'est donc l'état présent qu'il convient de considérer et on aura à se de-

mander s'il est inquiétant. Si la vie de la femme est en danger, si elle est sous le coup de quelque accident, si la grossesse est déjà compromise ou le sera fatalement par le fait même de l'état actuel, si les chances de vie sont plus grandes par l'interruption de la gestation, si l'accouchement prématuré ou même l'avortement provoqué doit être tenté, les indications commanderont impérieusement de tenir compte de l'état de la mère, sans se préoccuper des craintes que l'on pourrait avoir pour la vie du fœtus, et si une médication de la nature de celles que nous étudions en ce moment pouvait être indiquée, il n'y aurait aucune contre-indication du fait même de la grossesse. Nous étudierons certaines de ces alternatives un peu plus tard, mais pour le moment, ne considérant que la grossesse physiologique, dans son expression la plus innocente ou ne donnant lieu qu'à certains malaises plutôt qu'à des accidents morbides, nous contre-indiquerons les eaux formellement dans leur mode d'emploi habituel (déplacement, bains, douches, etc.).

Notre ostracisme ne va pas cependant jusqu'à proscrire les eaux minérales en boisson et, à condition d'en user à doses modérées, je crois qu'on peut ne faire aucune exception.

Souvent même on fera bien de prescrire certaines eaux alcalines et gazeuses ou ferrugineuses aux repas, pour faciliter la digestion et combattre les vomissements. Dans cette catégorie, nous recommanderions les eaux de Pougues, d'Alet, de Forges-les-Eaux, de Bussang, de Vals, de Vichy, etc., et tant d'autres; laxatives pour combattre la constipation, nous citerons en particulier, Montmirail; ou enfin sulfureuses, arsenicales, pour répondre à quelque indication de l'état antérieur de la malade. Ici le choix s'imposera par la nature même de la diathèse que l'on aura en vue.

Dans un sujet aussi vaste, on nous permettra de procéder par élimination.

S'il est une vérité thérapeutique reconnue, c'est que les eaux minérales sont des médicaments à longue portée, d'un effet salutaire qui n'est pas immédiat, et partant applicables seulement aux maladies chroniques, ou aux états nécessitant cer-

taines modifications de l'économie. Ce sont des remèdes chroniques à opposer à des états chroniques. Aussi tous les hydrologues s'accòrdent-ils à refuser le bénéfice de la médication thermale aux malades atteints d'affections aiguës. Nous exclurons donc de notre étude toutes les maladies fébriles. L'accord est aussi unanime quand il s'agit des affections vasculaires et surtout de l'organe central de la circulation. Il n'y a aucune eau pour les affections cardiaques; bien plus, elles sont généralement nuisibles à cette catégorie de malades, ainsi qu'on a pu le constater chez ceux qui, malgré les avis de leur médecin, ont voulu faire un traitement thermal.

Or, il faut se rappeler que la grossesse détermine assez souvent un état fâcheux du cœur, sur lequel nous avons dit quelques mots dans l'introduction de ce travail. Quelquefois cet état est contemporain de la grossesse même, d'autres fois il n'est que plus accusé pendant cette période et il existait avant l'imprégnation ; mais dans un cas comme dans l'autre, nous trouvons là une contre-indication suffisante et absolue d'envoyer les femmes grosses, dont le cœur est influencé ainsi, dans une station thermale quelconque, pour y subir un traitement.

Telles sont dans cette première partie de notre mémoire les conclusions auxquelles nous sommes arrivés; nous pouvons les résumer sous forme de propositions.

L'usage des eaux minérales est contre-indiqué :

1° Dans la grossesse naturelle, physiologique ;

2° D'une façon plus absolue encore, chez les femmes grosses dont le cœur est malade ;

3° Chez celles qui ont des affections pyrétiques.

Remarque. — On pourra prescrire cependant les eaux minérales en boisson, à domicile, ou dans les stations, si les femmes y devenaient enceintes.

Pour cette dernière conjoncture, il faut ouvrir ici une parenthèse. Ce n'est pas pendant la première période, période d'excitation, que les femmes deviennent enceintes, mais bien à la fin de cette période qui a donné un coup de fouet à l'organisme et

réveillé les fonctions génésiques. Si l'on se reporte à ce que nous avons dit précédemment, on comprendra que la fécondation, au début du traitement thermal, aurait été compromise; mais sous l'influence de l'excitation modificatrice de la sphère génitale, l'imprégnation peut être favorisée, et la période d'exagération physiologique étant franchie, la malade bénéficiera de la deuxième période, de la période sédative. D'autres malades, surtout celles qui ont quelque maladie utérine, ne deviendront grosses, au contraire, qu'au milieu ou à la fin de cette seconde période, alors que le danger de la stimulation fonctionnelle aura disparu. Il serait puéril de renoncer à un traitement qui aurait si bien réussi, mais on devra cependant le modifier. Un praticien prudent tâtera l'organisme avant de continuer l'administration des eaux, et il appréciera avec attention les moyens d'action dont il dispose.

Ainsi, dans tous les cas, les bains locaux, surtout les pédiluves chauds, seront contre-indiqués, de même les douches locales, principalement dans l'enceinte génitale. On permettra des bains généraux tièdes et mitigés avec de l'eau ordinaire pour en modérer l'action, et on en usera moins fréquemment; de même des douches générales, à température indifférente, pourront être continuées, en en diminuant la pression. Les inhalations, les pulvérisations aux parties supérieures, les boissons modérément prises, pourront trouver des indications qui les feront ordonner avec succès. En tout cas, les commémoratifs devront être considérés par le médecin. Chez une multipare, l'expérience des grossesses antérieures et la façon dont s'est comportée alors l'économie, dicteront la conduite à tenir. Chez les primipares, la constitution, l'état général, les avortements, s'il y en a eu, auront une grande influence sur la décision du praticien. Je livre ces réflexions aux savants confrères qui dirigent le traitement dans les stations fréquentées par les malades.

Avant d'aborder la classification des eaux minérales, une question préjudicielle s'impose encore; je veux parler de l'absorption des principes médicamenteux qu'elles renferment :

« D'une manière générale on peut dire que, quand les condi-
« tions sont favorables à l'absorption, les effets sont considéra-
« bles ; dans le cas contraire, ils sont nuls ou du moins très
« atténués (1). »

On comprend donc qu'il importe d'examiner ces conditions qui peuvent ainsi nous mettre en mains des moyens puissants ou complètement nuls. Toutes les muqueuses sont susceptibles de laisser pénétrer ces agents médicamenteux dans le torrent circulatoire, quand elles sont mises en contact avec eux : la muqueuse respiratoire, aussi bien et plus peut-être que la muqueuse digestive, quand elle n'est pas dans un état inflammatoire. Les inhalations, les pulvérisations sont des moyens très propres à favoriser le contact et par suite l'absorption de l'eau minérale en nature, mais non pas sans lui faire subir quelquefois des altérations. Gubler, qui a très bien exposé cette question de l'absorption des eaux pulvérisées, dans ses leçons de thérapeutique, et en a démontré les effets, insiste sur les précautions à prendre. Température indifférente et nébulisation complète, sont les deux conditions de la bonne administration de ce moyen. On peut négliger l'action topique sur la muqueuse, si l'on excepte quelques sources très fortes qui sont vraiment trop énergiques et qu'on n'emploie jamais en pulvérisation. Mais si nous avons une grande voie ouverte à l'absorption par les muqueuses, il n'en est plus de même pour le système cutané. La peau, recouverte de son épiderme, n'absorbe pas. Les expériences de Réveil, de M. Moujeot (de l'Aube) sont très souvent citées à l'appui de cette manière de voir, et si les femmes semblent faire exception, c'est à l'absorption, d'après Gubler, de la surface muqueuse du vagin et des lèvres qu'elles le doivent. La plupart des physiologistes se rangent à cette opinion ; cependant, dans la séance du 25 avril 1881, M. Chatin a présenté à l'Académie des sciences une note de M. Champouillon sur l'absorption des eaux minérales par la surface cutanée. Voici ses conclusions :

(1) Gubler. *Loc. cit.*, p. 142.

« L'absorption de l'eau minérale par la peau ne peut être « contestée. D'après la loi de l'endosmose et dans certaines « conditions déterminées, le régime de la balnéation employé « seul possède le même degré d'efficacité curative que l'eau mi- « nérale prise en boisson. »

Peut-être que ces conditions déterminées sont justement celles que nous trouvons exposées dans tous les auteurs. En effet, il faut user d'artifices, si l'on veut faire pénétrer dans l'économie, par le système cutané, les médicaments contenus dans un bain.

Ces artifices sont les frictions, les bains à l'hydrofère, etc., en un mot tous les moyens qui entament l'épiderme.

Certaines eaux prises en bains prolongés amènent, par leur action topique, ce résultat qui précède l'absorption ; les gaz ont également des actions analogues. Les bains d'acide carbonique, par exemple, ont une influence marquée sur les téguments avant la période anesthésique. Ce fluide gazeux détermine sur la peau des picotements quelquefois intolérables, si bien que quelques femmes, suivant Gubler, chez lesquelles le gaz a été mis en contact avec le sein, se refusent à se soumettre une seconde fois à cette balnéation.

Mais bien différents sont les résultats de l'absorption quand le système cutané est dépouillé de son épiderme, ou présente des lésions plus profondes : alors ces conditions dont parle Gubler sont éminemment favorables, et quelqufois elles créent un danger en offrant un excès contraire. Dans le premier cas, il fallait provoquer l'absorption ; ici il faut l'amoindrir, il faut diminuer l'activité de l'agent médicamenteux.

C'est alors qu'on emploie les bains mitigés, etc.

Quoi qu'il en soit, le praticien cherchera toujours la meilleure voie pour l'absorption duprincipe actifdes eaux et, comme elles le versent dans la masse sanguine, nous nous expliquerons pourquoi ces eaux agissent d'abord sur l'organisme entier avant d'agir sur l'appareil par lequel elles s'éliminent.

M. Jaccoud, dans ses récentes leçons sur la phthisie, propose de diviser les eaux minérales suivant le degré de réaction

qu'elles font naître. Cette première période, qui est toujours stimulante et qui doit précéder l'action curative et éloignée qui est reconstituante, doit, selon lui, entrer tout d'abord en ligne de compte. Si la grossesse était, elle aussi, une maladie, on pourrait suivre cette classification, et d'emblée on comprend qu'on exclurait l'emploi des eaux à excitation forte, et celui des eaux à excitation moyenne, pour s'en tenir à celles qui ne provoquent qu'une faible réaction. Mais nous rejetons l'emploi des eaux dans la grossesse en tant qu'elles ne sont dirigées que contre l'état de gestation, et nous allons examiner maintenant, si nous les admettons dans le traitement de certains états, de certaines maladies, qui sont le fait dela grossesse, la précèdent ou l'accompagnent. Ces conditions pathologiques sont très diverses, et très multipliées suivant les qualités d'eaux qu'on pourra leur opposer. Il faudra donc suivre une classification pour mettre un peu d'ordre dans ce dédale de stations laissées à notre choix. Nous ne ferons pas une classification nouvelle, celles de M. Durand-Fardel et de Bazin sont toutes deux défectueuses, mais très suffisantes pour s'entendre quand on part du même point de vue que leurs auteurs. Toutefois nous nous servirons de celle de Bazin, qui nous a semblé plus complète, et où l'élément actif des eaux est peut-être plus en évidence.

C'est ainsi que nous passerons en revue, mais pour la part qui ressortit à notre sujet :

1° Les eaux chlorurées sodiques et bromo-iodurées ;

2° Les eaux bicarbonatées ;

3° Les eaux sulfatées ;

4° Les eaux sulfureuses ;

5° Les eaux arsenicales ;

6° Les eaux ferrugineuses ;

7° Les eaux cuivreuses.

Enfin il faut y ajouter les eaux à minéralisation commune, qui n'ont qu'une action indécise sur les maladies. Deux classes :

1° Eaux salines faibles ;

2° Eaux acidulées gazeuses.

Si, au point de vue de la composition chimique, certaines de

ces eaux, faiblement minéralisées, sans caractère prépondérant, ne diffèrent que par la quantité pondérable de sels, il n'en est pas de même au point de vue clinique, ou leur action est tout à fait différente, malgré le manque d'indication spéciale.

1° *Eaux chlorurées sodiques et bromoiodurées.*

Arbonne (Savoie).............	280 gr. chl. sodium.	; froide.	
Salies (Béarn)..................	216 gr. —	—	» »
Salins (Jura)...................	29 gr. —	—	12 à 5°
Balaruc (Hérault)..............	7 gr. —	—	40 à 50°
Bourbonne-les-Bains (Hte-Marne).	6 gr. —	—	58° »
Bourbon-l'Archambault (Allier).	2 gr. —	—	52°

L'agent principal est le chlorure de sodium qui existe en quantité parfois considérable (surtout dans les eaux froides), et auquel se joignent l'iode et le brome dont il faut tenir compte au point de vue clinique. Ces eaux sont spécifiques contre la scrofule; elles sont très actives et modifient la constitution à la façon de la médication altérante. Elles sont reconstituantes par le chlorure de sodium. Les eaux mères sont employées contre les scrofulides malignes.

A ces stations françaises on en peut joindre d'autres telles que: Arnstadt, Nauheim, Soden, Wildegg, Hombourg, Kreusnach, Wiesbaden, Kissingen, Ischia, Niederbronn, Cheltenham.

2° *Eaux bicarbonatées sodiques.*

Vals, Vichy, Vic-sur-Cère, Vic-le-Comte, Châteauneuf, auxquelles viennent s'annexer :

Les bicarbonatées sodiques chlorurées : Royat, Saint-Nectaire, Ems;

Les bicarbonatées sodiques ferrugineuses : Le Boulou ;

Les bicarbonatées sodiques arsenicales : Le Mont-Dore;

Les bicarbonatées chloroiodurées (pas de françaises) : Gurgitello, Teplitz.

Elles agissent toutes par le principe alcalin, avec ou sans

addition d'une action secondaire importante. Aussi sont-elles le spécifique de l'arthritis simple ou compliquée de scrofule, de chloroanémie, d'herpétis.

3° *Eaux sulfatées sodiques et magnésiques.*

Miers (Lot), Montmirail (Vaucluse).

Les sources étrangères de Sedlitz, Pullna, Karlsbad, Marienbad, etc., sont plus riches et plus actives. Mais ces eaux ne sont le spécifique d'aucune diathèse; elles sont purgatives; elles agissent surtout pour désobstruer la circulation intestinale, elles combattent efficacement la pléthore abdominale et l'obésité.

4° *Eaux sulfureuses.*

Suivant que le sulfure de sodium ou de calcium prédomine, on aura :

A. *Sulfurées sodiques.* — Luchon, Barèges, Cauterets, Saint-Sauveur, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, le Vernet, Amélie, la Preste, Olette, Moltig.

B. *Sulfurées calciques.* — Enghien, Pierrefonds, Bagnols (Orne), toutes froides; Saint-Honoré, Aix (Savoie), Saint-Gervais.

A l'étranger : Baden (Argovie), Schinznach (Suisse). Le soufre n'est pas un spécifique contre une diathèse, mais bien un modificateur particulier des tissus par lesquels il s'élimine. Il est spécifique dans sa manière d'agir, et le mode d'action qu'on recherche dans beaucoup de cas rend les applications du traitement sulfureux très nombreuses (maladies cutanées et respiratoires).

A ces eaux sulfureuses qui agissent ainsi, je dirai franchement, viennent s'en joindre d'autres très sulfurées, mais dont l'action est plus compliquée, grâce à d'autres principes précieux.

Ce sont :

1° *Les sulfurées bromoiodurées.*

Challes, Allevard (en France), Saxon (en Savoie).

La première de ces eaux est surtout remarquable par son action sur les engorgements ganglionnaires, sur le goitre et les vieux ulcères de la syphilis tertiaire.

La troisième (Saxon) s'adresse plutôt aux manifestations cutanées de la scrofule, tandis qu'on réserve Allevard pour son action sur la muqueuse des voies respiratoires, principalement chez les sujets scrofuleux ou simplement lymphatiques.

2° *Les sulfurées chlorurées sodiques.*

Uriage. Précieuses eaux pour les sujets lymphatiques et ceux atteints de scrofule atonique.

Aix-la-Chapelle (Prusse). A peu près la même constitution et s'adresse plutôt cependant aux formes articulaires de l'arthritis, aux vieilles syphilis (à la période de cachexie).

3° *Les sulfurées arsenicales.*

Bagnols (Lozère). Répondent à des indications complexes.

4° *Les sulfurées bicarbonatées sodiques.*

Marlioz. Dans le cas où la scrofule est le terrain sur lequel est venu se greffer l'arthritis dans certaines manifestations de la syphilis.

5° *Eaux sulfurées ferrugineuses.*

Sylvanès (Aveyron) sera réservé pour les affections cutanées chez les sujets profondément anémiés.

5° *Eaux arsenicales, arséniatées sodiques.*

La Bourboule, Plombières, Avène (Hérault).

Dominique (Vals), Lardy (Vichy), Bussang. Arséniatées ferrugineuses.

Ces eaux sont spécifiques contre l'herpétis et ses diverses manifestations.

Ainsi à la Bourboule, les herpétides squameuses plus particulièrement ; à Plombières, les gastralgies, les paralysies nerveuses et rhumatismales ; à Avène, les herpétides sécrétantes. On réserve, pour les constitutions anémiées, les cachectiques, la seconde classe ferrugineuse.

6° *Eaux ferrugineuses.*

Agissent par le fer, comme excitantes ou comme toniques.

Thermales : La Malou, Barbotan.

Froides : Passy, Forges-les-Bains, Provins, etc., Oriol (Isère), Bussang, Orezza.

A l'étranger : Spa et Schwalbach (Nassau).

A quelques-unes, viennent se joindre le manganèse, telles que Luxeuil (Haute-Saône), Cransac (Aveyron).

7° *Eaux cuivreuses.*

Jusqu'à présent, une seule station, Saint-Christau (Basses-Pyrénées). Leur indication est encore indécise. Les états cachectiques, les vieux ulcères.

Eaux à commune minéralisation.

1° *Salines faibles, froides.* — Saint-Amand, Contrexéville, Vittel, Evian (prurit cutané).

Thermales chlorurées faibles et sulfatées : Néris, Bourbon, Lancy (Saône-et-Loire).

A l'étranger, Baden-Baden, Wildbad (Wurtemberg).

Sulfatées : Bains, Digne, Ussat, Dax, Loueche (Valais), agissent par leur température surtout, et les froides par la grande quantité qu'on absorbe. C'est une vraie lotion de l'économie.

2° *Eaux acidulées gazeuses.* — Ferrugineuses : Pougues, et eau de table : Condillac, Saint-Galmier, etc.

Simple : Alet, Seltz, Desaignes.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

DESCRIPTION D'UN MONSTRE CÉLOSOMIEN (1).

Par le Dr Eug. Bellard,
Ex-interne, lauréat des hôpitaux de Lille.

Quelques considérations sur les monstres célosomiens.

On s'accorde généralement à considérér les éventrations congénitales comme la conséquence d'un arrêt de développement des lames vertébrales qui ont conservé, dans une certaine étendue, leur structure primitive, et se sont incomplètement repliées en avant pour délimiter la cavité péritonéale. Il serait peut-être plus exact de dire que la portion du feuillet musculo-cutané qui doit donner naissance aux parois de l'abdomen s'est trouvée, chez les monstres célosomiens, insuffisante pour recouvrir tous les viscères, et que, par suite, l'amnios, qui est la continuation directe des lames ventrales, a dû contribuer à la formation de la membrane d'enveloppe.

Nous avons pu nettement constater ce fait sur un embryon de mouton célosomien dont nous avons parlé dans notre thèse inaugurale (2). Il existait même, de distance en distance, des plaques glycogéniques à la surface de la membrane d'enveloppe.

Cette participation de l'amnios à la constitution des parois de la poche herniaire expliquerait la brièveté souvent considérable du cordon ombilical, ainsi que les adhérences fréquentes entre le placenta et les organes digestifs.

(1) Travail extrait de la thèse inaugurale de M. Bellard.

(2) Eug. Bellard. *Contribution à l'étude des monstres célosomiens.* Lille, 1832.

Il ne répugne, d'autre part, nullement d'admettre que la face profonde de l'amnios, en contact avec les viscères, ait pu se différencier et se transformer graduellement en une sorte de péritoine pariétal plus ou moins complet. Enfin, le tissu allantoïdien pourrait ultérieurement séparer ce feuillet péritonéal du feuillet superficiel amniotique.

Dans ce cas de monstre célosomien, on a pu constater d'autres malformations fœtales coïncidant avec l'éventration et siégeant sur une autre région que l'abdomen, comme plusieurs exemples en ont été rapportés dans le mémoire du Dr Doleris, dans les Archives de tocologie. Et sur les membres inférieurs, ici aussi, comme cela s'observe souvent dans les malformations fœtales, nous avons eu une présentation vicieuse qui a nécessité l'opération de la version avec certaines difficultés, qui surprirent l'opérateur dans la recherche des pieds et l'extraction du corps dépendant de l'anomalie principale. Notons encore que le liquide amniotique était plus abondant que de coutume.

Observation clinique.

Présentation du tronc en céphalo-iliaque droite de l'épaule droite. — Version podalique, rendue difficile par l'existence d'un fœtus monstrueux de la famille des célosomiens.

Le 8 octobre 1881, entre à la maternité de l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. le professeur Pilat, la nommée Blon... (Marie), âgée de 23 ans, célibataire, ayant déjà eu deux couches heureuses et à terme. Cette femme est syphilitique et porte sur les membres inférieurs et sur diverses autres parties du corps des plaques papulo-squameuses.

Les douleurs se sont déclarées dans la matinée du jour de son entrée à l'hôpital. Appelé vers 5 heures du soir, M. Pilat examine cette femme dont l'accouchement paraît traîner en longueur. Par le palper abdominal pratiqué tout d'abord, il est facile de reconnaître que la parturiente n'est pas arrivée à terme, elle est, d'après la hauteur du fond de l'utérus, à 7 mois et demi environ ; elle ne se rappelle du reste pas quand la menstruation s'est arrêtée, et ne peut préciser quand elle est devenue enceinte. La tête du fœtus est située dans la

fosse iliaque droite, les fesses sont à gauche au-dessus de la fosse iliaque correspondante.



Fœtus humain de 8 mois atteint de célosomie et de fissure spinale, vu par sa face postérieure.

L'auscultation fait percevoir les bruits du cœur fœtal, faibles et ralentis sur la ligne médiane au-dessus du pubis; ils se propagent vers le côté droit jusque sur la tête du fœtus. Le toucher vaginal fait reconnaître une main et un avant-bras en procidence : c'est la main droite; la tête du fœtus, située à droite, présente sa face en avant.

Diagnostic : présentation du tronc en deuxième position de l'épaule droite, ou céphalo-iliaque droite de l'épaule droite. Le col de l'utérus est dilaté comme une pièce de 5 francs.

La poche des eaux s'était rompue un peu avant.

En présence de cette présentation du fœtus, de la faiblesse et de la lenteur des bruits du cœur, la version podalique fut décidée immédiatement.

Après avoir soumis la femme au sommeil du chloroforme, M. Pilat introduisit dans l'utérus la main droite afin d'aller à la recherche des pieds, mais la main, parvenue dans la matrice, est arrêtée au-dessus de la symphyse pubienne par une tumeur fluctuante d'un volume considérable appartenant au fœtus ; afin de franchir cet obstacle, il porta la main en arrière et parvint vers le fond de l'utérus sans pouvoir rencontrer les membres inférieurs qui étaient masqués et recouverts par la tumeur.

La main droite étant retirée, M. Pilat introduisit la main gauche derrière le fœtus au-devant de l'angle sacro-vertébral, suivit le dos, puis les fesses, et arriva à la hauteur des membres sans pouvoir les rencontrer ; ce n'est qu'en imprimant un mouvement de rotation au fœtus avec la main droite placée à l'extérieur qu'il parvint à saisir un pied, qu'il amena à la vulve, après avoir refoulé la tête en haut. Après quelques tractions exercées sur le membre saisi, le membre opposé, fléchi sur l'abdomen du fœtus se montra à la vulve et fut dégagé facilement, mais le tronc résistait aux tractions exercées sur les deux membres inférieurs, et ce ne fut qu'avec peine qu'on l'amena au dehors.

Il fut alors facile de reconnaître l'anomalie qui existait chez ce fœtus, et qui avait mis obstacle à son extraction. Les bras et la tête furent expulsés facilement sans nouvelle intervention.

La délivrance suivit l'expulsion du fœtus.

L'enfant, du poids de 2,100 grammes, avait cessé de vivre ; il présentait dans sa conformation des anomalies sur diverses parties du corps. Comme on verra dans la suite de ce travail, la tumeur de l'abdomen est formée par les intestins et les viscères abdominaux contenus dans une poche qui fait une forte saillie à travers les parois abdominales, dont le développement s'est arrêté pendant le cours de la grossesse ; il existe, en outre, une mauvaise conformation des membres inférieurs. On observe encore l'absence de l'anus et des organes génitaux externes.

L'opération a été longue et difficile ; néanmoins, la nuit suivante a été calme, et la malade a pu prendre un peu de repos ; l'écoulement de sang a été peu abondant après l'accouchement.

Le 9. A la visite, le pouls est à 96, l'utérus est revenu sur lui-même, mais le ventre est un peu ballonné et sensible vers le flanc gauche, qui présente un peu d'engorgement.

Six sangsues sont appliquées sur ce point, afin de prévenir une inflammation du ligament correspondant. — Bouillon, lait de poule.

Le 10. La douleur à gauche a complètement disparu, mais il existe un peu de sensibilité à droite. Le pouls donne 104 pulsations ; on applique de la teinture d'iode sur cette partie, et on fait des injections vaginales phéniquées. — Chocolat, bouillon, lait de poule.

Le soir. Pouls : 112.

Le 11. Pouls à 120, ventre toujours un peu douloureux, lochies un peu odorantes, mais normales quant à la quantité ; dans la journée, frisson avec tremblement et claquement de dents.

Traitement : Sulfate de quinine 0,60 centigr., 2 granules d'aconitine à 1/2 milligramme, injections vaginales phéniquées. — Bouillon, lait de poule.

Le soir. Pouls à 116, face animée, puis assoupissement avec moiteur sur tout le corps ; la montée du lait se fait, les seins sont très tendus et douloureux.

Le 12. Amélioration sensible dans l'état général. Pouls à 80 pulsations. La sécrétion lactée est bien établie ; le ballonnement du ventre a disparu ; il y a un peu de diarrhée. L'utérus revient sur lui-même, il est à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne ; les lochies sont blanches, peu odorantes ; l'appétit renaît.

Traitement : Sulfate de quinine et 1 granule d'aconitine. — Potages, bouillon, lait de poule.

Le soir. 104 pulsations.

Le 13. Nuit calme. Pouls à 96 ; les accidents vont en diminuant ; la diarrhée a cessé. — Même traitement.

Le 14. Pouls à 84 ; l'appétit est bon : on accorde quelques aliments solides et des potages. — Continuation du sulfate de quinine.

Le 15. La convalescence s'établit ; rien de particulier à noter : on cesse l'administration du sulfate de quinine, les phénomènes d'une légère infection puerpérale ayant disparu.

Le 16 et les jours suivants, état satisfaisant ; la malade sort de l'hôpital, complètement rétablie, le 23 octobre.

Description du fœtus.

Le monstre qui fait l'objet de ce travail appartient bien au genre agénosome ou agène, de la famille des monstres célosomiens, caractérisé, ainsi que nous l'avons dit au début de ce travail, par une : « éventration latérale ou médiane, occupant principalement la portion inférieure de l'abdomen ; organes génitaux et urinaires nuls ou très rudimentaires. » (Is.-Geoffroy Saint-Hilaire.)

Nous ajouterons à cette description sommaire que notre monstre présente en plus une fissure spinale occupant toute la région lombo-sacrée et que ses deux membres inférieurs ont subi un mouvement de rotation de 180° en dedans, de telle façon que les fesses et les creux poplités regardent en avant.

Les organes génitaux internes et externes font totalement défaut ; il n'existe pas d'anus.

Le segment supérieur du corps, au delà de la portion moyenne du thorax, le cou, la tête, les membres thoraciques n'offrent pas d'anomalies apparentes. Les pieds sont atteints d'équinisme.

1° *Masse herniaire.* — La masse herniaire, globuleuse, comprend tout l'abdomen et la partie inférieure du thorax. Elle est enveloppée par une membrane transparente qui se laisse facilement décomposer par la dissection en deux lames distinctes : l'externe, offrant tous les caractères de l'amnios, est séparée de la peau du fœtus par un sillon assez marqué ; l'interne se continue directement avec le péritoine pariétal, dont il est impossible de la distinguer (1).

Des coupes pratiquées sur les bords de l'orifice d'éventration montrent que l'épiderme du fœtus diminue brusquement dans toute sa hauteur pour se continuer au delà sous forme d'épithélium amniotique.

(1) Sur un monstre pleuro-célosomien, MM. Ern. Martin, Letulle, ont pu constater l'existence d'un péritoine pariétal dans toute l'étendue de la poche (*Journal de l'anat.*, 1876, n° 6).

La membrane d'enveloppe est assez mince dans ses deux tiers supérieurs pour laisser voir, par transparence, le cœur qui occupe le point culminant de la tumeur et au-dessous, le foie qui forme la plus grande partie de la masse herniaire ; inférieurement, cette membrane s'épaissit. Sur tout le côté gauche, et notablement au niveau du foie, on trouve des débris d'une substance spongieuse dont la consistance et l'aspect rappellent le placenta et que le microscope permet, en effet, de reconnaître pour des débris de cet organe.

A ce niveau, le feuillet profond de la membrane d'enveloppe fait défaut ; le placenta adhère intimement au péritoine viscéral qui recouvre le foie. Le cordon ombilical, très court, s'insère en haut et à gauche.

L'orifice d'éventration, de forme ovalaire, mesure à peu près 10 cent. de long sur 6 de large.

En incisant la membrane d'enveloppe sur la ligne médiane, on reconnaît que le cœur, bien conformé, est logé dans une poche spéciale, dont cette membrane forme la paroi antérieure.

Le cœur est situé tout entier en dehors du thorax, et sa face postérieure repose sur un diaphragme d'apparence normale. En raison de la déformation du thorax, dont il sera parlé plus loin, la base du poumon droit n'est pas recouverte par les côtes et prend ainsi part à la constitution de la tumeur. Le reste du poumon droit et le poumon gauche tout entier sont cachés dans le thorax.

Nous n'avons rien à ajouter sur le foie si ce n'est qu'il prend part, dans sa totalité, à la constitution de la tumeur et que par son sillon longitudinal gauche il reçoit, comme à l'ordinaire, la veine ombilicale ; il est séparé du cœur et des poumons par la cloison diaphragmatique. En dessous et à gauche existe l'estomac, dont la direction est demeurée verticale. On retrouve également la rate, l'épiploon gastro-hépatique et le grand épiploon.

2° *Persistance du cloaque interne.* — En suivant l'intestin, à partir du duodénum, on le voit, après avoir décrit de nom-

breuses circonvolutions rattachées à la colonne vertébrale par le mésentère, s'ouvrir dans une poche cylindrique, volumineuse, diversement contournée sur elle-même et dont la face interne est sillonnée d'un grand nombre de replis rougeâtres. Cette poche, que ses connexions et la composition de ses parois permettent d'assimiler au gros intestin, se termine inférieurement par une extrémité légèrement arrondie en cul-de-sac et déjetée à droite (poche rectale); l'appendice iléo-cœcal se détache comme de coutume, du point d'union de l'intestin grêle avec le gros intestin.

Toutes ces parties offrent la structure du gros intestin, avec sa muqueuse à épithélium prismatique sans villosités, ses glandes de Lieberkühn, ses follicules clos isolés et sa tunique musculeuse dont les deux couches sont toutefois moins différenciées qu'à l'état normal.

La poche rectale communique, par sa face antérieure, avec une autre cavité de dimensions plus réduites, dont la surface interne, lisse et blanchâtre, contraste avec celle du gros intestin. L'épithélium, qui tapisse cette deuxième cavité, s'éloigne, par tous ses caractères, de l'épithélium intestinal : c'est un épithélium stratifié, dont les cellules superficielles se sont généralement détachées sous l'influence de la macération, mais dont les cellules profondes, qui ont persisté dans presque toute l'étendue de la cavité, rappellent par leur longueur et leur renflement périphérique en forme de massue les cellules de l'épithélium vésical. L'épithélium repose sur une couche lamineuse, riche en matière amorphe et en corps fibro-plastiques, d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage de la surface. Cette couche se continue, sans modification, jusqu'à la tunique musculaire suivante, sans qu'on puisse la décomposer en un chorion proprement dit, et en une couche sous-muqueuse. La face interne ne présente aucune élevure papillaire nettement caractérisée.

La troisième couche ou tunique musculeuse est formée de faisceaux de fibres musculaires, lisses, entrecroisés dans tous les sens et séparés par des cloisons lamineuses à peu près

d'égale épaisseur. Il n'existe aucune délimitation précise entre les deux couches précédentes, les faisceaux musculaires pénétrant plus ou moins loin dans la couche lamineuse et quelquefois venant s'y terminer perpendiculairement à sa surface. L'épaisseur moyenne de la tunique musculeuse est d'environ deux millimètres, celle de la couche lamineuse de un demi-millimètre. Enfin, intérieurement, l'organe est enveloppé par une couche de tissu cellulaire lâche, qui renferme de larges vaisseaux sanguins et de nombreux ganglions nerveux.

Cette seconde poche antérieure et inférieure représente manifestement la vessie. C'est, en effet, dans sa cavité que viennent déboucher les uretères, ainsi qu'il a été possible de s'en assurer en poussant, sous une faible pression, une injection au bleu de Prusse, dans ces conduits au voisinage des reins. De chaque côté, la matière colorante a pénétré dans la poche. Il nous a été impossible de suivre par la dissection, en raison de l'état racorni de la pièce, les uretères qui, à une faible distance des reins, s'enfoncent dans l'épaisseur de l'enveloppe commune et y décrivent un trajet plus ou moins sinueux. Nous ajouterons, en passant, que le rein gauche seul est coiffé de sa capsule surrénale.

Au niveau du conduit de communication entre la vessie et la poche rectale, l'épithélium vésical se modifie. Il devient franchement pavimenteux stratifié, en même temps que le chorion se soulève en longues papilles effilées incomplètement enfoncées dans l'épithélium.

A la face postérieure, la surface de la muqueuse est criblée d'une série d'orifices circulaires répondant à des enfoncements cylindriques, encore tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié, dans le fond desquels viennent déboucher les conduits excréteurs dans autant de glandes en grappes composées, analogues aux glandes de la prostate. Les ramifications glandulaires plongent dans un tissu musculaire lisse à faisceaux entrecroisés, et qui ne paraissent pas en continuité avec ceux de la tunique musculeuse de la vessie. L'ensemble de toutes ces glandules se présente sur des coupes qui intéressent le conduit

de communication suivant sa longueur, sous forme d'une plaque ovalaire dont la longueur mesure 3 millimètres et la plus grande épaisseur 3 millimètres.

Le point précis où commence la muqueuse rectale est indiqué par une ligne légèrement sinueuse, au niveau de laquelle l'épithélium prismatique simple du rectum se substitue brusquement à l'épithélium pavimenteux stratifié du canal de communication (1).

En ce point également, les fibres musculaires éparses entre les différents lobes des glandules prostatiques, s'agencent en deux couches distinctes pour constituer la tunique musculeuse de l'intestin.

Nous avons signalé, en commençant, l'absence complète des organes génitaux, tant internes qu'externes. La peau est absolument lisse au regard de la vessie et de la poche rectale. On n'y découvre ni orifice anal, ni orifice génito-urinaire. Il nous paraît cependant possible de déterminer le sexe de notre monstre, grâce à l'existence de glandules analogues à la prostate, le long du canal de communication entre la vessie et le rectum : ce serait un fœtus du sexe masculin.

La disposition que nous venons de décrire répond évidemment à la persistance du cloaque interne coïncidant avec la non-formation du cloaque externe. La vessie est en large communication avec l'intestin postérieur (poche rectale) qui lui a donné naissance, tandis que le bourgeon anal dérivant du feuillet externe du blastoderme ne s'est pas produit. La présence d'un épithélium mixte à la face interne de la vessie tend à prouver que l'épithélium de cet organe chez le fœtus normalement conforme ne résulte pas, ainsi que le pensent quelques auteurs, d'un mélange entre les éléments du bourgeon allantoïdien (endoderme, cloaque interne) et ceux du bourgeon anal

(1) Cette transition épithéliale rappelle entièrement celle qui existe au cardia, ainsi qu'à l'extrémité inférieure du rectum, au niveau de la ligne ano-rectale. (Voy. G. Herrman. *Sur la structure et le développement de la muqueuse anale.* Thèse, Paris, 1880.)

(cloaque externe). L'épithélium vésical, l'épithélium de la région prostatique de l'urèthre et celui des glandules prostatiques seraient ainsi des dépendances directes du feuillet interne du blastoderme.

3° *Appareil de la circulation.* — L'appareil de la circulation présente les particularités suivantes :

L'aorte descendante fournit, comme à l'ordinaire, les artères des organes viscéraux et deux branches de bifurcation pour les extrémités inférieures, mais il n'existe qu'une seule artère ombilicale, un peu plus volumineuse qu'à l'état normal.

Les troncs qui se détachent de la masse de l'aorte ne présentent rien de remarquable, si ce n'est que les deux carotides naissent par un tronc commun et les deux sous-clavières isolément. Le point capital, dans la disposition du système veineux, c'est l'absence de la veine cave inférieure. Le tronc commun de la veine ombilicale et de la veine porte (veine omphalo-mésentérique) va se rendre directement dans l'oreillette droite, après avoir reçu les deux veines sus-hépatiques.

Les autres canaux veineux qui naissent plus bas, et ceux qui proviennent des extrémités inférieures, vont se jeter dans le système des veines rachidiennes qui ramènent le sang à la veine supérieure par l'intermédiaire d'une azygos bien conformée.

M. Wertheimer a déjà rencontré une disposition analogue chez un monstre acéphale (1). La veine cave supérieure et ses affluentes n'offrent pas d'anomalies.

4° *Fissure spinale avec hydrorachis interne.* — L'arrêt de developppement qui a frappé les parois ventrales et la plupart des organes contenus dans l'abdomen semblent avoir également retenti en arrière sur l'extrémité inférieure du rachis. L'arc postérieur des vertèbres manque, en effet, dans toute la région lombo-sacrée.

---

(1) Voy. Wertheimer : *Description d'un monstre pérencéphale.* (*Bulletin scientifique du Nord*, 1880, n° 8.)

L'espace compris entre les corps des vertèbres et la peau est occupé par une poche ovoïde remplie de sérosité, qui fait fortement saillie en arrière, et qui reçoit, par son sommet supérieur, l'extrémité de la moelle épinière. Les dimensions de cette poche sont les suivantes : longueur, 6 centimètres ; largeur, 4 centimètres.

En disséquant avec soin les enveloppes de la moelle, au-dessus de la tumeur, on reconnaît que la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère se confondent inférieurement en une seule membrane qui se prolonge dans l'épaisseur des parois de la poche dont elle fait partie constituante. La moelle épinière pénètre dans la cavité, s'accole à la paroi antérieure et semble se terminer brusquement par une portion étalée, en regard de la deuxième vertèbre lombaire. La longueur du tronçon médullaire contenu dans la poche est d'environ 1 centimètre.

Nous verrons par l'examen microscopique des parois que cette terminaison de la moelle n'est qu'apparente, et qu'en réalité elle se continue avec une mince membrane nerveuse qui tapisse toute la cavité. La cavité arachnoïdienne disparaît en même temps que se fait l'accolement des méninges ; un cul-de-sac inférieur dilaté est cloisonné par des tractus filamenteux.

Nous distinguerons, à la poche, deux parois :

1° L'une externe ou cutanée ;

2° L'autre profonde ou antérieure.

1° La paroi externe, dont l'épaisseur mesure de 2 à 3 millimètres, est formée par la superposition de dedans en dehors des différentes couches suivantes :

1° Une couche nerveuse, très mince, avec quelques vésicules adipeuses à sa face profonde ;

2° Une couche fibro-élastique, prolongement des enveloppes médullaires ;

3° Une couche adipeuse, épaisse (1 millimètre) ;

4° La peau (1/2 millimètre).

2° La paroi profonde comprend les quatre couches suivantes :

1° Une couche nerveuse ;

2° Une couche fibro-élastique (1/2 millimètre) ;

3° Une couche adipeuse épaisse (1 millimètre);

4° Une couche lamineuse mince;

auxquelles vient s'ajouter, dans la moitié inférieure de la poche, une cinquième couche musculaire représentant vraisemblablement les muscles de la masse sacro-lombaire (1).

Squelette.

Nous avons également rencontré, dans la conformation du squelette, quelques modifications importantes.

La colonne vertébrale, rectiligne dans la région cervicale, décrit, à la région dorsale, une première courbure tournée à droite et en avant, et dans la région lombaire une seconde courbure dirigée de même en avant et assez prononcée pour effacer complètement la cavité du bassin; enfin, son extrémité inférieure s'infléchit fortement de droite à gauche.

La face postérieure du rachis manque, ainsi que nous l'avons vu précédemment, à partir des premières vertèbres lombaires.

En raison de la déformation de la colonne vertébrale, la cavité thoracique est beaucoup plus profonde à gauche qu'à droite, c'est-à-dire du côté de la concavité de la courbure.

(1) On sait que les fissures spinales accompagnées d'hydrorachis externe, c'est-à-dire dans lesquelles la poche communique avec les espaces sous-arachnoïdiens, résultent d'un arrêt de développement des lames dorsales, qui ne se sont pas soulevées et réunies à la face postérieure de l'embryon (Voy. Dareste: *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 15 décembre 1879); F. Tourneux et E. Martin: *Contribution à l'histoire du spina bifida*, — *Journal de l'anatomie*, 1881, et A. Lebedeff: *Ueber die Enstehüng der Anencephalie und Spina bifida bei Vogel und Menschen, Virchow's Archiv.*, 1881). La moelle épinière persiste sous forme d'une gouttière largement ouverte, et qui, non protégée par l'arc postérieur des vertèbres, s'est trouvée peu à peu refoulée en arrière par la pression du liquide céphalo-rachidien. Les fissures spinales avec hydrorachis interne, auxquelles se rapporte la malformation ci-dessus, ne nous paraît pas avoir reçu, jusqu'à ce jour, d'explication satisfaisante. On a imaginé, dans ce cas, un soulèvement tardif des lames dorsales de l'embryon (Dareste), ou encore une dilatation primitive du canal central s'opposant à la formation des apophyses épineuses; mais ces différentes hypothèses n'ont pas été contrôlées, que nous ne sachions, par l'observation des stades intermédiaires.

Les sept côtes inférieures droites, imbriquées les unes sur les autres, descendent jusqu'à l'os iliaque ; les cinq côtes supérieures s'articulent avec le sternum, encore cartilagineux. A gauche, les quatre premières côtes atteignent également le sternum ; toutes les autres, qui ne sont qu'au nombre de cinq, sont fusionnées un peu au delà de leur articulation vertébrale en une seule plaque osseuse.

Les deux os iliaques, réunis par une symphyse, ne circonscrivent pas de véritable cavité par suite de la saillie de la colonne vertébrale. Les ligaments qui les unissent au sacrum sont très lâches, et c'est probablement à cette laxité, ainsi qu'à la déformation de l'extrémité inférieure du rachis, qu'il faut attribuer cette torsion si singulière des deux membres inférieurs, qué nous avons signalée au début de ce travail.

REVUE CLINIQUE.

PRÉSENTATION DU SIÈGE

(VARIÉTÉ DES FESSES.)

Application de forceps ; succès pour la mère et pour l'enfant.

Par le Dr Ambroise Guichard, chirurgien adjoint de la Maternité d'Angers.

Mme L..., 33 ans, primipare, a vu ses dernières règles au mois d'août 1881 ; à part un peu d'insomnie et des douleurs dans le ventre, la grossesse ne présente rien d'anormal à noter.

4 mai 1882. A trois heures du matin, se produit la rupture spontanée des membranes avec écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique.

Dans la journée, contractions à intervalles assez éloignés.

A sept heures du soir, une sage-femme appelée près de la

malade ne constate pas de dilatation; mais à partir de ce moment, les contractions sont plus rapprochées et la sage-femme reste près de la parturiente.

5 mai. A trois heures et demie du matin, la dilatation du col est complète; les contractions sont très douloureuses, continues, énergiques; sans que pour cela la partie, qui se présente, descende; la sage-femme reconnaît le siège; il commence à y avoir issue du méconium.

A sept heures, je suis appelé près de la malade, et procède à l'examen.

A la palpation: tête en haut et à droite, dans la corne droite.

A l'auscultation : maximum des battements du cœur, au-dessus de l'ombilic, en haut, à gauche et en dehors.

Au toucher: dilatation complète du col dont les bords sont complètement effacés, et disparaissent avec le pourtour de l'excavation. On sent très distinctement les deux fesses, séparées par le sillon interfessier; le doigt pénètre dans l'anus, la pointe du coccyx regarde à droite et un peu en arrière; en avant du sillon interfessier, parties molles, gonflées, dépendant des parties génitales, dont il est difficile d'apprécier le sexe.

Les deux fesses sont à peu près sur le même plan, et ce plan passerait par la partie moyenne de la symphyse pubienne et l'articulation de la deuxième à la troisième vertèbre sacrée; la partie postérieure du sacrum est en rapport avec la cavité cotyloïde gauche, tandis que la partie antérieure regarde à droite et un peu en arrière. L'extrémité pelvienne présente dans son ensemble la forme d'un coin à base supérieure; avec l'indicateur gauche, on a la sensation du vide à droite et en arrière; et en le portant assez haut, on n'atteint pas les pieds, et les cuisses paraissent entièrement accolées et fléchies au-devant du bassin.

En résumé, c'est bien le siège qui se présente; les deux fesses sont sur le même plan à la partie supérieure de l'excavation, les membres inférieurs ne sont pas pelotonnés au devant du bassin, ils sont relevés au devant du plan antérieur du fœtus;

ils forment attelles, suivant la juste expression du professeur Tarnier, et empêchent l'engagement des fesses.

Les contractions utérines se succèdent à de très courts intervalles, toutes les trois à quatre minutes; elles sont énergiques; la femme est nerveuse, agacée, se plaint de douleurs dans les cuisses, ne sait quelle position prendre dans son lit, et réclame qu'on la soulage.

Nous la maintenons en observation pendant trois quarts d'heure, et nous ne constatons par le toucher aucun progrès; nous jugeons alors utile d'intervenir, en faisant, sur le siège, une application de forceps.

Intervention. — Nous avons affaire à une présentation des fesses, en S. I. G. A.; et, comme nous l'avons déjà dit, les fesses sont à la partie supérieure de l'excavation reposant sur un plan qui passerait en avant par le milieu de la symphyse pubienne, et en arrière vers l'articulation de la deuxième à la troisième vertèbre sacrée.

L'introduction des branches, branche gauche la première, ne présente aucune difficulté; l'articulation se fait facilement; j'attends les contractions utérines pour faire des tractions lentes, progressives, intermittentes, en ayant soin de laisser les branches desserrées dans l'intervalle.

Après un quart d'heure environ de tractions dirigées directement en bas, le siège descend, bien saisi par les branches, qui n'ont glissé dans aucun moment; la fesse gauche apparaît au-dessous de l'arcade pubienne, tandis que la droite est plus remontée en arrière; elle descend et apparaît à la vulve, le périnée bombe; les douleurs portent sur l'anus, les contractions se rapprochent et redoublent; l'on voit, entre elles, le siège remonter dans le vagin, disparaître, et redescendre à la contraction suivante.

Quand le pli interfessier apparaît à la vulve, nous jugeons convenable de désarticuler et de retirer séparément les branches du forceps, afin de laisser le travail se terminer par les seules forces de la nature. Il m'est facile d'introduire l'indicateur droit et gauche dans l'aine gauche du fœtus, afin de suivre le mouvement d'expulsion.

Enfin, le siège se dégage, on voit apparaître à la vulve la fesse gauche, le pli interfessier, les organes génitaux mâles, la fesse droite.

Le siège est soutenu; j'attire doucement le tronc pendant que la main d'un aide est fortement appliquée sur le fond de l'utérus; le dos tourne en avant et à gauche. Les membres inférieurs sont effectivement relevés au devant du plan antérieur, et les pieds ne se montrent à la fourchette que lorsque les épaules sortent à la vulve; encore faut-il avec les doigts dégager les talons.

Le tronc et les membres sont enveloppés dans une serviette; le cordon n'est pas tiraillé; je vais rechercher la situation des bras que je trouve tous les deux relevés derrière la tête; chaque bras est ramené successivement avec deux doigts en avant dans le vagin; puis le tronc étant porté sur le bras gauche, j'introduis deux doigts de cette main dans la bouche, pendant que deux doigts de la main droite sont placés sur le cou en arrière de la symphyse pubienne; et relevant dos contre ventre, je fais exécuter à la tête son mouvement de dégagement autour du pubis.

L'enfant, du sexe masculin, de volume normal (n'a pas été pesé), sort un peu violacé; il fait immédiatement quelques mouvements d'inspiration et, après quelques instants, il jette son premier cri. La coloration violacée disparaît rapidement, et j'attends que la respiration soit bien établie pour faire la ligature du cordon.

La délivrance se fait facilement sans rien présenter d'anormal.

Les suites de couches se comportèrent de la façon la plus simple pour la mère.

L'enfant ne présente qu'une excoriation légère et superficielle de l'épiderme au milieu et au-dessus de la crête iliaque du côté gauche; le forceps n'a déterminé aucune contusion; le bassin était bien saisi par les cuillers du forceps au-dessus des crêtes iliaques; l'enfant fut envoyé en nourrice; huit jours après, il était très bien portant.

L'application de forceps avait duré trois quarts d'heure environ.

Nous terminerons en faisant remarquer :

1° Que, dans la présentation du siège, variété des fesses, il est possible par le toucher de diagnostiquer le cas où les membres inférieurs sont relevés le long du tronc ;

2° Que l'application de forceps sur le siège ne détermine aucune lésion du fœtus, et qu'elle est un des meilleurs moyens de produire l'engagement du siège, lorsque le travail se prolonge pour l'enfant et pour la mère.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Dystocie par cloisonnement transversal de la matrice à sa partie inférieure ; par M. Guéniot. — Dans la nuit du 11 au 12 avril dernier, MM. Berger et Champetier de Ribes vinrent me prier de me joindre à eux pour secourir une pauvre femme qui venait d'être transportée à l'hôpital Saint-Louis, étant depuis quatre jours en travail d'accouchement.

Cette femme, âgée de 39 ans, et d'une belle constitution, était accouchée heureusement une première fois il y a 19 ans. Depuis lors, plus de grossesse, si ce n'est celle dont je vais parler et qui était arrivée à terme vers huit mois et demi, c'est-à-dire dans les derniers jours de mars. Une perte sanguine assez abondante s'était manifestée sans cause connue ; puis l'hémorrhagie avait cessé pour ne plus reparaître que pendant le travail.

Les douleurs commencèrent le 7 avril ; elles se continuèrent les jours suivants sans autre résultat qu'une grande fatigue pour la malade. Ne pouvant se rendre compte des difficultés, la sage-femme fit appeler un médecin qui diagnostiqua une insertion vicieuse du placenta, introduisit, dans l'espoir de tempérer l'hémorrhagie, quelques boulettes au fond du vagin, et prescrivit le transport de la parturiente à l'hôpital.

A son entrée, les internes, voulant se faciliter l'exploration, commencèrent par administrer le chloroforme ; mais, n'aboutissant pas dans leurs recherches, et jugeant d'ailleurs la situation fort grave, ils réclamèrent l'intervention de M. Berger. Notre collègue, assisté de M. Champetier de Ribes, dont l'habileté en accouchements vous est bien connue, s'empressa de répondre à cet appel.

Après avoir de nouveau chloroformé la malade, nos deux confrères explorèrent à leur tour avec toute l'attention que comportaient de telles difficultés. Ils trouvaient bien au fond du vagin un col volumineux pourvu d'une cavité spacieuse et largement ouverte ; mais celle-ci était vide et semblait être absolument fermée sur le fond et sur les côtés ; de telle sorte qu'on ne pouvait ni pénétrer dans la grande cavité utérine, ni même percevoir avec quelque netteté les caractères de son contenu. Nos deux confrères réclamèrent alors mon concours.

L'état de la malade était des plus graves. Pouls à 140 avec respiration accélérée et altération du visage ; ventre ballonné et douloureux ; utérus très développé et atteint de tétanos, offrant une dureté telle que, sur tous les points, la palpation donne la sensation d'un bloc de pierre. Impossible de tirer de cette exploration la moindre notion diagnostique. Aussi, malgré les protestations de la sage-femme, affirmâmes-nous que le seigle ergoté avait dû être administré de haute main. L'auscultation ne permet de percevoir aucun bruit fœtal.

La patiente étant anesthésiée pour la troisième fois, je procède à l'examen par le vagin. De ce canal s'écoule d'une manière continue, mais en faible quantité, un sang rose très fluide et d'une grande fétidité. Bientôt on rencontre un col volumineux, offrant encore toute sa longueur, et si largement ouvert que plusieurs doigts, et peut-être la main entière, pouvaient être reçus dans sa cavité. Les internes, en l'explorant, crurent même un instant avoir pénétré dans la vraie cavité utérine. Mais c'est en vain que de tous côtés on cherche une ouverture qui conduise à cette dernière ; partout on ne rencontre que le tissu utérin résistant qui ferme toute issue. Les deux cavités du corps et du col semblent donc être absolument séparées l'une de l'autre, et la cloison mitoyenne est formée d'un tissu qui ne rappelle en rien le tissu du placenta. Ce n'est certainement pas celui-ci qui constitue l'obstacle.

De quoi s'agit-il et que signifie cette disposition ? Je pensai successivement à une *déchirure de la matrice*, qui n'expliquait absolument

rien, ce que, d'ailleurs, je ne parvenais pas à contrôler ; à une *oblitération de l'orifice interne* du col ; à une *déviation utérine* provoquée par quelque tumeur non encore reconnue ; enfin à une *dilatation sacciforme* du segment postérieur avec une anomalie concomitante. Ce fut cette dernière hypothèse qui me conduisit au vrai diagnostic.

Les culs-de-sac vaginaux se trouvaient en effet abaissés et très explorables, le postérieur surtout. Dans ce dernier, on percevait vaguement quelque partie fœtale à travers la paroi utérine déprimée ; mais il était impossible de se faire une idée de la présentation et je ne pouvais encore me rendre compte de la vraie source de l'hémorrhagie. Toutefois, guidé par cette idée d'une dilatation sacciforme (qui existait réellement à un certain degré), je m'efforçai de trouver avec le doigt une ouverture sur la partie antérieure de la paroi cervicale. A cet effet, la main étant introduite dans le vagin, j'explorai ladite paroi avec une sorte de ténacité, ne craignant pas d'user d'une certaine force pour me déceler la voie.

De fait, je ne tardai pas à trouver un canal étroit, dont les parois, appliquées l'une contre l'autre, effaçaient le calibre ; canal long de 6 à 8 cent., qui, partant de la grande cavité cervicale dont j'ai parlé, s'élevait en suivant la symphyse pubienne jusqu'au-dessus du pubis droit. Parvenu à l'extrémité profonde de ce canal, la pulpe du doigt rencontrait le placenta, source manifeste de l'écoulement sanguin, et une sorte de bride tranchante qui formait, du côté de la cavité utérine, la limite supérieure du canal lui-même. Aucune partie fœtale ne me fut accessible à ce moment.

A l'aide de forts ciseaux à embryotomie, je m'appliquai à sectionner la paroi profonde de l'étroit canal que parcourait mon doigt. Cette section, exécutée non sans peine et à petits coups, montre qu'il s'agissait d'un tissu ferme, résistant, criant même sous le tranchant. Dès qu'elle fut effectuée, ce qui arriva sans augmentation sensible de l'écoulement sanguin, la communication entre les cavités cervicale et utérine se trouva, par là même, notablement élargie. Je pus alors m'assurer, avec toute la netteté désirable, que le placenta recouvrait presque entièrement la région inférieure. Afin de me faciliter l'accès du fœtus, je pus déchirer et passer les doigts à travers le tissu placentaire ; mais, quoique je fisse, je ne rencontrai dans cette recherche qu'un appendice digital qui, vu sa longueur, devait appartenir à une main et non à un pied.

Nous avions donc affaire, en définitive : 1° à une *malformation ou*

cloisonnement transversal de la matrice qui séparait la cavité du corps de celui du col; 2° à une *insertion vicieuse du placenta* sur le canal qui relie entre elles ces deux cavités; 3° enfin, à une *présentation probable du tronc* dans un utérus tétanisé, sans compter les complications que j'ai signalées du côté de l'état général.

Je priai alors M. Champetier de Ribes de continuer l'exploration et de tenter la version si celle-ci paraissait réalisable. Mais ses manœuvres furent stériles et il put seulement confirmer mon diagnostic quant à la présentation. Trois heures plus tard, la malade succombait.

Le fœtus fut trouvé en état de putréfaction avancé : il se présentait par l'épaule gauche, avec la tête dans la fosse iliaque droite. Le placenta recouvrait tout le segment inférieur de la cavité utérine. La matrice présentait une sorte de cloison ou de valvule transversale qui la séparait en deux parties : l'une supérieure (grande cavité du corps), et l'autre inférieure (petite cavité du col). Le repli valvulaire dont il s'agit était de 5 ou 6 cent. dans sa région moyenne, qui correspondait à la paroi postérieure de l'utérus; puis il allait s'amincissant à droite et à gauche, jusqu'à la rencontre de ses deux extrémités sur le côté droit et antérieur de l'organe. C'est en ce point que correspondait l'ouverture du petit col intermédiaire aux deux cavités; ouverture que j'avais trouvée limitée à gauche et en arrière, par un rebord très rigide. La section pratiquée pendant la vie se traduit, sur la pièce anatomique, par un écartement en V qui occupe, à gauche et en arrière, toute la hauteur du repli valvulaire. Celui-ci, d'aspect musculo-membraneux, est épais d'un centimètre et s'applique, à la manière d'une valvule intestinale, sur la portion adjacente de la paroi utérine. Il semble être une émanation, une sorte de prolongement du tissu utérin lui-même.

Jamais je n'avais rencontré de cas semblable. C'est l'idée d'une *dilatation sacciforme* qui m'a mis sur la voie du diagnostic, et bien que cette dilatation existât, en réalité, quoique peu marquée, le col utérin, volumineux et béant dans le vagin, ne présentait nullement les caractères afférents à cette forme insolite de la matrice.

La dilatation sacciforme dont il s'agit permet de concevoir comment une cloison *transversale* de la matrice a pu former, pendant la vie, un canal presque *vertical* s'étendant totalement de la cavité du col à celui du corps. Le segment postérieur de l'utérus duquel émanait le *plein* de la cloison se trouve, en effet, fortement déprimé, tandis que les deux côtés de cette même cloison allaient se terminer en

avant et à droite, sur un niveau beaucoup plus élevé. La portion moyenne ou large du repli anormal fermait ainsi la cavité du col en haut et en arrière, et ses portions latérales ou amincies concouraient, de concert avec la paroi utérine, à la formation du canal de communication.

Quelle est l'origine de cette cloison incomplète? Ce repli valvulaire si épais, si résistant et si bien relié à la paroi utérine, est-il le résultat d'un travail morbide? Peut-on admettre qu'il s'agit d'une anomalie congénitale alors qu'il y a eu antérieurement un accouchement heureux? Quoi qu'il en soit, la présentation de l'épaule, dans ce cas, vient à l'appui de l'opinion de M. Polaillon : que les cloisonnements partiels de l'utérus constituent une prédisposition toute spéciale à ce genre de présentation vicieuse. Mais notre collègue n'avait en vue que les cloisonnements verticaux, les seuls connus. Nous voyons qu'une cloison transversale a eu les mêmes conséquences. De même encore le cloisonnement a favorisé l'insertion vicieuse du placenta; cela est signalé dans de nombreuses observations.

Enfin, que devrait-on faire dans un cas semblable, si l'on était appelé assez tôt pour agir efficacement? Le diagnostic étant établi, en ayant recours, s'il le faut, à l'anesthésie, la cloison serait sectionnée avec un long bistouri boutonné ou de forts ciseaux; puis, la voie étant ouverte, on traverserait le placenta pour faire la version. (*Séance du 24 mai* 1882.)

R. CHENET.

REVUE DES JOURNAUX

Contraction en clepshydre de l'utérus avant l'accouchement. — La conctraction partielle de l'utérus, *après* l'expulsion du fœtus, amenant l'enchatonnement du placenta, n'est pas très exceptionnelle.

Le Dr T. C. Smith, de Washington (1), rapporte 30 cas de contracture partielle de l'utérus *avant* la sortie du fœtus. Cette complication, fort rare, puisqu'elle n'a été indiquée que par un petit nombre d'auteurs, consiste dans la formation, à la partie inférieure de l'u-

---

(1) *Am. Journ. of obst.*, 1882, p. 294.

térus, d'un anneau *dur comme de l'os*, se contractant avec une force capable de paralyser la main de l'opérateur, ou, comme dans le cas d'Edwards, de réduire le corps du fœtus, au niveau de l'ombilic, à un diamètre de 38 millimètres. Le corps fœtal, dit Edwards, « était presque coupé en deux. »

Il serait trop long de suivre Smith dans la discussion qu'il engage sur le point exact qu'occupe cette constriction, et sur la formation du *nouveau col* de Bandl, auquel Smith ne paraît pas croire.

Dans un des cas, dû à Baltzell, deux fortes saignées n'amenèrent aucun relâchement de l'anneau qui serrait le fœtus si étroitement que B.,. ne put passer les doigts entre son corps et l'utérus. La parturiente succomba. A l'autopsie, faite quatre heures après la mort, on trouva l'utérus allongé, étroitement appliqué sur le corps fœtal. Le quatrième cas, rapporté d'après Shaver, est celui d'une grossesse gémellaire. Le premier fœtus vint à l'aide du forceps. L'opérateur tenta l'extraction manuelle du placenta, et trouva un second fœtus « dans une cavité complètement séparée. » La parturiente ayant été chloroformée, on fit la version et on obtint un enfant mort, déjà décomposé. Sa mère mourut huit heures après.

Dans le cas suivant, l'anesthésie chloroformique permit de faire la version.

Le seul cas de présentation du siège, rapporté par Smith, est le cas XXIII, qui n'a présenté, au point de vue de la difficulté qui nous occupe, que l'aspect du ventre divisé en deux parties, à tel point qu'on soupçonna que la parturiente portait deux enfants. Sur les 30 cas cités par Smith, qui n'a rapporté que des cas précis, laissant de côté ceux qui peuvent être douteux, 25 enfants et 8 mères ont succombé; 3 femmes sont mortes sans accoucher; 7 étaient primipares; 1 avait eu 13 enfants; 4 des femmes qui succombèrent étaient primipares. Le *traitement* a varié suivant les cas : le forceps a généralement échoué ; la version a sauvé 7 enfants ; le résultat de la craniotomie est peu encourageant, la saignée, faite par Baltzell, n'a pas réussi ; l'opium ne paraît pas rendre de services particuliers ; le chloroforme n'a généralement pas amené de relâchement de la constriction ; les médicaments nauséeux employés par Fordick ont eu de si bons effets que Smith croit qu'on doit suivre l'exemple de cet accoucheur. Hosmer et Harris proposent l'opération césarienne. Smith ne semble pas la regarder avec grande faveur, de même que la laparohystérotomie, puisqu'il est probable que l'enfant a succombé ou tout

au moins beaucoup souffert. Chacun, dit-il, suivra son propre jugement et les indications spéciales à chaque cas, jusqu'à ce qu'on ait trouvé un moyen de *prévenir* cette complication. Pour lui, la seule cause probable qu'on ait pu lui reconnaître, est l'écoulement prématuré des eaux, qui amène des contractions utérines irrégulières ; les rétrécissements pelviens ne semblent pas en être une cause effective, quoique la pression de l'utérus contre le promontoire saillant, indépendamment de la déformation pelvienne elle-même, puisse exciter des contractions partielles. Quant à la question du *point* où se produit la contracture, l'auteur cite successivement Savage, Lusk, Hélie et Curtin ; ce dernier, en faisant une opération césarienne, a vu distinctement un sillon sur la surface de l'utérus, dû à la contracture d'un faisceau transversal au milieu du corps utérin. Cette observation a une grande valeur pratique, puisqu'elle a été faite sur le vivant, tandis que les idées des autres auteurs sont des déclarations personnelles sur des faits anatomiques d'amphithéâtre. Braun, sur une femme morte sans accoucher, a vu et a figuré dans ses grandes planches (1) une saillie circulaire existant à une largeur de main au-dessus de l'orifice externe. Il l'appelle *orifice interne*.

Smith croit que le resserrement se produit dans le tissu musculaire de l'utérus lui-même, « à moins que nous ne croyions que l'utérus entier, sauf la partie toute voisine des trompes, ait été *avalée* par le col, ce qui exige un trop grand effort d'imagination. »

Voici les conclusions résumées de Smith :

1° Il se produit quelquefois une contraction en clepshydre, tétaniforme, dans le corps utérin, qui ajoute beaucoup aux difficultés et aux dangers de l'accouchement.

2° Cette contraction peut parfois être perceptible par le palper, d'où suit l'importance de ce moyen d'investigation.

3° L'observation clinique montre que le segment utérin situé audessus de l'anneau est relâché. Il est rarement aminci.

4° Les opinions des auteurs étant divergentes sur la structure de l'utérus et de son col, les hypothèses anatomiques n'ont pas de valeur pour le moment. Ainsi, les théories de Bandl et de Hosmer.

5° Le traitement dépend des particularités de chaque cas, on ne

(1) *Die Lage d. Uterus und Fœtus, am Ende der Schwangershaft*, 1872.

(A. C.)

peut guère formuler de règle générale, et l'opération césarienne n'est pas justifiée par le seul fait de la stricture.

A. Cordes.

VARIÉTÉS

LE FORCEPS TARNIER A VIENNE

Par le Dr Pedro Paulo (du Brésil).

Tout le monde connaît la discussion qu'a soulevée l'apparition du forceps Tarnier et les critiques tantôt sans fondement, tantôt méritées dont il a été l'objet. Il en est résulté, après des essais répétés, que M. Tarnier a fait subir à son forceps des modifications successives, qui en ont fait un instrument très pratique et précieux.

A Vienne, où est seulement connu l'avant-dernier modèle, avec lequel on a fait des expériences même en présence de M. Tarnier, on n'a pas été content des résultats obtenus à cause du maniement difficile de l'instrument et des inévitables ruptures du vagin et du périnée qu'ils attribuaient à la courbure périnéale.

A la suite de ces faits on avait presque oublié le forceps Tarnier, quand, au commencement de cet année, M. Alex. Simpson, d'Edimbourg, a envoyé au professeur C. Braun son nouveau forceps différant du forceps ordinaire de Simpson en ce qu'il y a fait appliquer des branches de traction, comme dans le forceps Tarnier.

L'importante modification apportée de cette manière à l'avant-dernier modèle de M. Tarnier, c'est-à-dire l'absence de la courbure périnéale, a autorisé l'essai de l'instrument anglais, dont les résultats ont été des plus heureux dans les deux cas suivants que j'ai observés :

Obs. I. — Le 24 février 1882 a été reçue à la clinique du professeur C. Braun, une femme de 32 ans, de bonne constitution.

Accouchée la première fois à la troisième clinique en mai 1877, M. le Dr Felsenreich, alors chef de clinique dans ce service, dut pratiquer la version et extraction d'un enfant en état de mort apparente pesant 3,600 grammes.

La deuxième fois elle est accouchée spontanément, hors de l'établissement, d'un enfant en présentation de fesses. Dans le cas actuel, la femme était en travail dès le 22 au soir, la poche des eaux s'est rompue le 23 à 8 heures du soir, et comme elle n'était pas délivrée jusqu'au matin du 24, on a fait appeler un médecin, qui a fait deux essais de forceps sans résultat, et lui a conseillé de se rendre à la clinique.

A son entrée, le Dr Felsenreich a diagnostiqué une présentation du sommet I. post. L'enfant était grand et vivant et la tête, coiffée d'une grande bosse sanguine, était fixée au détroit supérieur, conservant la grande circonférence au-dessus du même détroit. Le col était complètement dilaté et les contractions utérines assez faibles pour être insuffisantes.

Il y avait à la percussion un son tympanique au-dessus de la symphyse et à gauche, indiquant l'interposition d'anses intestinales entre l'utérus et la paroi abdominale, ce qu'on observe souvent dans les cas d'épuisement des forces utérines.

Par la mensuration interne et externe du bassin, il a trouvé un rétrécissement seulement dans le diamètre antéro-postérieur ou détroit supérieur, qui mesurait 8,5 centimètres.

Les battements du cœur fœtal étant encore assez réguliers, et comme il était presque l'heure de la visite du professeur, le Dr Felsenreich l'a attendu afin d'essayer en sa présence le nouveau forceps.

Après un examen minutieux du cas, prenant en considération le degré de rétrécissement et la grandeur de l'enfant, le professeur Braun, malgré ses trente années de pratique, qui lui ont fait une réputation européenne bien méritée, a établi un pronostic fatal pour l'enfant, dans la conviction, qu'il ne serait pas possible de l'extraire avec un forceps. Malgré son opinion, il a permis à son distingué chef de clinique d'essayer le nouveau forceps, et il n'a pas eu à s'en repentir. En effet, après une application faite avec cette dextérité proverbiale des chefs de cliniques de Vienne, deux tractions suffirent

pour faire descendre la tête jusqu'au plancher du bassin, et dans quelques minutes l'opération était finie sans le moindre accident du côté des organes génitaux. L'enfant vivant pesait 3,500 grammes et était long de 52 centimètres.

Dans les suites de couches la femme a eu une pleurésie, qui fut complètement guérie, lui permettant de quitter l'établissement le 17 mars.

Le cas a été exposé le jour suivant par le professeur Braun dans son cours et ce professeur a prodigué les plus grands éloges à l'instrument.

Obs. II. — Un autre cas a eu lieu au mois de mars, dans le service du Dr Pritzel, chef de clinique.

La femme, une primipare, 28 ans, constitution faible, était en travail depuis trente-six heures. La poche des eaux s'était rompue depuis huit heures. L'enfant se présentait par le sommet en O. I. G. A. La tête était engagée au détroit supérieur par une petite circonférence et présentait une grande bosse sanguine. Le col, presque complètement dilaté, était un peu œdématié à droite. Le bassin était rétréci seulement dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, qui mesurait 8,5 centimètres.

A l'arrivée du professeur Braun, les battements du cœur fœtal étant un peu faibles, il a invité le Dr Pritzel à appliquer le forceps Simpson tout de suite.

Après une application un peu difficile, une seule traction a suffi pour amener la tête jusqu'au périnée et, avec toutes les précautions exigées chez une primipare, l'extraction a été terminée sans la moindre rupture. L'enfant vivant pesait 3,700 grammes et avait la longueur de 53 centimètres.

Après la délivrance une hémorrhagie s'est manifestée, laquelle, malgré la complète rétraction de l'utérus après le massage, a persisté. Examinant la femme, le Dr Pritzel vérifie qu'elle était due à une petite rupture du col de l'utérus dans l'endroit où il était œdématié auparavant. Après les soins de désinfection avec l'eau phéniquée et l'iodoforme, la suture a été faite avec des fils de soie, ce qui a amené l'arrêt de l'hémorrhagie.

Suite de couches normales.

En publiant ces observations je crois fournir un contingent

très précieux pour l'histoire du forceps Tarnier, puisque les faits ont été observés par des hommes dont le jugement ne peut pas être suspect et dont les connaissances professionnelles sont au-dessus de la moindre contestation.

On pourra m'objecter que le forceps employé n'était pas celui de M. Tarnier, mais celui de M. Simpson neveu. Pour répondre à ce reproche, il suffit de comparer l'instrument anglais au dernier modèle Tarnier existant avant son apparition.

En effet, dans les deux instruments il n'y a pas de courbure périnéale, les branches de traction sont appliquées selon le système de M. Tarnier ; l'articulation dans l'un est anglaise, dans l'autre française, et la longueur du forceps Simpson n'est pas si grande que celle du forceps Tarnier.

En laissant de côté cette différence, qui, à mon avis, donne l'avantage au forceps Tarnier, les deux forceps sont absolument semblables ; ils se fondent sur le même principe établi par M. Tarnier, qui permet à l'accoucheur de faire les tractions dans une direction plus rapprochée de celle de l'axe du détroit supérieur.

Si on avait plus tôt reçu à Vienne le dernier modèle du forceps Tarnier, je suis sûr qu'on l'aurait essayé avec autant de succès, puisque la courbure périnéale, le seul défaut attribué à l'instrument, n'y existe plus.

C'est donc avec intention que j'ai mis à la tête de ma communication le titre « le forceps Tarnier à Vienne », afin de rendre justice à cet éminent praticien qui, avec son invention, a singulièrement simplifié l'une des opérations les plus difficiles de l'obstétrique, en rendant ainsi un service immense à l'humanité et particulièrement aux accoucheurs, qui verront leurs peines plus souvent couronnées de succès.

L'huile d'eucalyptus en obstétrique, par S. Sloan (de Glascow). — L'auteur se loue beaucoup de l'huile d'eucalyptus, après l'accouchement, pour prévenir l'infection puerpérale. Il la recommande particulièrement dans le cas de déchirure du canal génital, et de la pros-

tration nerveuse qui s'empare souvent des filles-mères, accouchées dans un hôpital.

Incidemment, il recommande le mélange suivant pour assurer la contraction utérine :

Solution de chlorhydrate de morphine (1/130e)..	6	grains.
Teinture de noix vomique (1/17e).............	2	—
Extrait liquide d'ergot........................	8	—
Teinture d'orange (1/17e).....................	12	—
Eau..	Q. S.	
Pour faire.......................................	64	grammes.

S. 4 grammes dans un peu d'eau toutes les quatre ou toutes les six heures.

Sloan fait, concurremment, au moins dans son hôpital, des injections biquotidiennes d'acide phénique ou de permanganate de potasse.

Pour lui, l'huile d'eucalyptus a les avantages suivants : elle n'est pas poison ; si l'on n'en abuse pas, elle n'est pas irritante ; elle ne coagule pas le sang lochial ; son odeur est en général agréable ; elle paraît aider à la contraction utérine. Voici la formule des pessaires vaginaux que Sloan emploie matin et soir :

Huile d'eucalyptus.......	16	grammes.
Cire blanche............	9	—
Beurre de cacao.........	16	—

Pour 12 pessaires.

Une autre formule, quelquefois irritante, dit-il, renferme 24 grammes d'eucalyptus.

Puis Sloan raconte des cas où ces sortes de suppositoires lui ont rendu de grands services; un entre autres, où il fit des injections sous-cutanées d'eucalyptus mêlé à de l'huile d'olives, a eu pour résultat de sauver une accouchée dont les heures étaient comptées. (*Lancet*, 2 septembre 1882, t. II, p. 343.) A. Cordes.

Nomination. — Nous apprenons avec plaisir que M. le Dr Fissiaux, ancien interne de Saint-Lazare, vient d'être nommé médecin adjoint de Mazas, en remplacement de M. le Dr Goujon, démissionnaire.

Le gérant : A. Leblond

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉTRORRHAGIES DÉTERMINÉES PAR UNE CONGESTION OVARIENNE INTENSE.

Observation recueillie par **M. Richardière**, interne à l'Hôtel-Dieu.

Le chapitre des métrorrhagies dites essentielles tend à se circonscrire de jour en jour. Les progrès réalisés dans l'étude clinique des maladies utéro-ovariennes, les relations de plus en plus nombreuses d'autopsies montrant des lésions qui étaient restées ignorées pendant la vie des malades, ont déjà bien réduit le nombre des faits d'hémorrhagie utérines sans lésion. L'observation que nous publions montre que dans certains cas,

où la clinique ne permet pas d'incriminer l'utérus, la cause des métrorrhagies doit être recherchée dans l'ovaire. Elle peut, en raison de ce fait, servir à l'histoire de la pathologie de l'ovaire, et montrer en outre que certains faits de métrorrhagies paraissant essentielles au premier abord, reconnaissent pour cause une lésion matérielle, évidente de l'ovaire.

Roussy, domestique, âgée de 20 ans, entrée dans le service de M. Empis, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, lit n° 2, le 5 mai 1882.

Cette fille, de constitution assez robuste, est à Paris depuis un an. Elle dit s'être toujours assez bien portée. Elle n'a jamais eu à souffrir que d'accidents semblables à celui pour lequel elle entre à l'hôpital.

Pas de fièvres éruptives. Pas de diathèse. Cette fille à toujours été d'une conduite régulière. Elle est vierge. Son hymen est intact.

Elle a été réglée, ou plutôt elle a eu sa première métrorrhagie à 17 ans.

En effet, au moment où ses règles ont paru pour la première fois, elle a eu une hémorrhagie qui a duré 17 jours. Le sang coula sans discontinuer, et au dire de la malade, cette perte abondante mit ses jours en danger. Cette métrorrhagie fut suivie de symptômes d'anémie qui durèrent longtemps.

Depuis cette première perte, les menstrues ont toujours été irrégulières. La malade restait quelquefois deux ou trois mois sans rien voir.

Elle a eu, à deux reprises, des accidents métrorrhagiques qui ont rappelé ceux de la première apparition des règles.

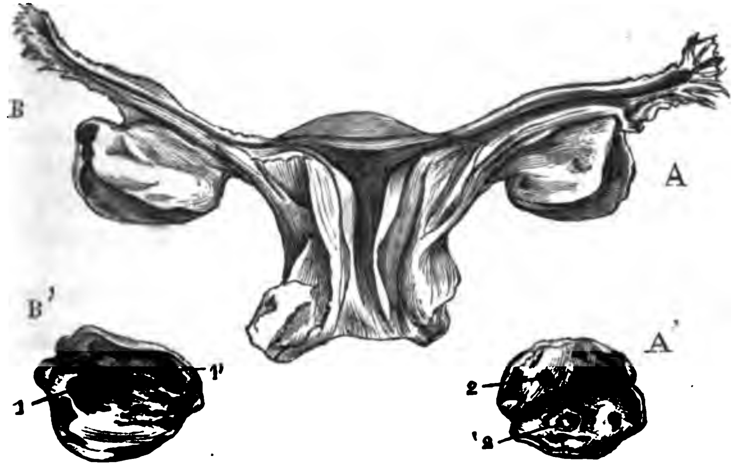
Quand elle entre à l'hôpital, c'est donc la quatrième fois qu'elle est prise d'hémorrhagie utérine grave.

Elle perd du sang depuis douze jours déjà. Elle n'a d'ailleurs rien fait pour traiter cette perte. Elle a continué ses occupations ordinaires.

Le sang est pâle, rosé; par moments, il se déclare des coli-

ques et la malade expulse de tout petits caillots. Le sang coule sans arrêter, jour et nuit.

La malade est dans un état d'anémie très accentué. Elle est absolument pâle, d'une teinte jaune cire. Les muqueuses sont complètement décolorées. Elle se plaint de vertiges, de nausées, de palpitations. Il existe un souffle à la base du cœur. Ce souffle



B Ovaire droit. — A Ovaire gauche. — B' Ovaire droit ouvert. — A' Ovaire gauche ouvert. — 1 1' Foyers hémorrhagiques récents remplis par un caillot. — 2 2' Foyers hémorrhagiques très anciens.

se prolonge dans les vaisseaux.

Traitement : Repos absolu au lit. Glace sur le ventre. Injections d'ergotine.

7 mai. Le sang coule moins abondamment ; mais cependant le linge de la malade est encore taché.

Les symptômes d'anémie sont plus prononcés. La malade, en proie à une somnolence continuelle, refuse toute alimentation.

Nous pratiquons le toucher, nous ne constatons aucune altération du col. Pas de métrite. Pas de tumeur fibreuse. Il existe un peu de douleur à la pression au niveau des ovaires.

Applications de ventouses le long de la colonne vertébrale.

Potion de Todd avec 200 grammes de rhum. Lait glacé.

Impossibilité de faire avaler des aliments solides.

9 mai. Le sang est arrêté, mais les phénomènes d'anémie, se prononcent avec un caractère menaçant; la malade est dans une somnolence continuelle. La nuit, elle est en proie à du délire et à de l'agitation.

10 mai. Agitation extrême. Pouls très fréquent,

Dyspnée intense. Mort le soir.

Autopsie 24 heures après la mort.

Tous les organes sont sains. Ils sont exsangues, complètement pâles, mais nullement altérés.

Appareil génital. — L'utérus, de volume et de consistance physiologiques, est rempli par un caillot qui se prolonge dans les trompes jusqu'au pavillon, le caillot n'est pas adhérent à la surface de la muqueuse. Cette membrane ne présente pas de congestion.

Les ovaires sont très volumineux, surtout le droit.

Ce dernier présente deux foyers hémorrhagiques rappelant les foyers d'hémorrhagie cérébrale. Ces foyers qui sont de la grosseur d'une petite noix, siègent très probablement dans une vésicule de de Graaf.

Avec ces deux foyers récents, il en existe trois ou quatre anciens, de couleur ocreuse.

L'ovaire gauche est également volumineux et présente trois ou quatre foyers hémorragiques anciens.

Réflexions. — Cette femme a manifestement succombé à l'anémie qui a suivi cette métrorrhagie si abondante. Quant à la cause de la métrorrhagie elle-même, il nous semble qu'on doit la chercher dans l'ovaire, dans ces foyers hémorrhagiques qui se produisaient au moment de certaines périodes menstruelles dans une vésicule de de Graaf. A cette hémorrhagie ovarienne intense, répondait un molimen cataménial intense.

L'absence de toute lésion de la muqueuse utérine, de toute tumeur fibreuse ou autre, de toutes les causes ordinaires de métrorrhagies, nous permet d'accuser les lésions ovariques. Nous croyons pouvoir le faire avec d'autant plus de raison que

le récit de la malade nous avait appris que des métrorrhagies extrêmement abondantes avaient déjà existé et avaient très vraisemblablement été en rapport avec les foyers hémorrhagiques anciens, de couleur ocreuse, que nous avons trouvés à l'autopsie. Les foyers ocreux nous expliquent les métrorrhagies anciennes. Les foyers récents encore remplis de sang coagulé nous expliquent l'hémorrhagie finale; sans l'issue malheureuse de cette métrorrhagie, elle aurait parfaitement pu être rangée parmi les métrorrhagies essentielles. L'absence de lésion utérine, de phénomènes réactionnels très accusés permettaient cette explication. Mais l'autopsie devait montrer les véritables lésions et témoigner que dans certains cas des congestions ou plutôt des hémorrhagies ovariennes intenses peuvent s'accompagner de métrorrhagies.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE L'USAGE DES EAUX MINÉRALES DES BAINS DE MER ET DE L'HYDROTHÉRAPIE

PENDANT LA GROSSESSE.

Par le Dr Queirel (de Marseille).

(SUITE ET FIN) (1).

SCROFULE.

Il est d'observation et généralement reconnu que trois des classes d'eaux minérales que nous venons d'énumérer (les chlorurées, les bicarbonatées, les arsenicales) sont spécifiques contre trois diathèses fort communes : la scrofule, l'arthritis, l'herpétis.

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, numéro de septembre 1882.

Sans parler de la part que l'on peut attribuer à ces diathèses dans la genèse de la tuberculose et par suite dans le développement de la phthisie (phthisie scrofuleuse, phthisie arthritique, phthisie herpétique), et nous n'ignorons pas la différence de signification entre ces deux mots tuberculose et phthisie, dont le premier n'entraîne pas toujours l'idée que représente le second; sans parler, disons-nous, de cette affection si grave, il est certain que ces trois diathèses ont une influence nocive sur la grossesse. Toutes trois prédisposent l'organisme à l'avortement et il serait heureux qu'on pût atténuer leurs effets par un traitement thermal approprié.

Or, contre la scrofule, diathèse qui s'établit dès l'enfance, et, en dehors de ses manifestations spéciales, peut jeter l'économie dans un état de cachexie lymphatique, de misère physiologique, les eaux chlorurées sodiques ont une action des plus manifestes et des plus bienfaisantes. Pourrons-nous les employer dans la grossesse? La réponse ne peut être douteuse. Quand la scrofule est arrivée à ce degré que nous avons supposé, il convient de la combattre par son spécifique. Il convient de mettre en balance d'un côté les dangers de l'action ménorrhagique due à la forte minéralisation de ces eaux; d'un autre côté, le danger plus grand d'un avortement certain en laissant s'épanouir la scrofule. Celle-ci, qui s'est approprié la constitution de la malade depuis son enfance et qui a crû et grandi avec elle, quelquefois sans être traitée, a amené une modification du sang, des tissus, des éléments histologiques, incompatible avec le rôle nouveau que la grossesse impose à l'organisme. Cette disposition à l'avortement nous étonnerait moins que la possibilité même de la grossesse dans de pareilles conditions, si nous ne réfléchissions à ce que fait la nature pour le règne animal et le règne végétal même, où elle assure la permanence de l'espèce par la richesse et la profusion de ses germes.

Toutes les fois que la vie humaine, même la vie fœtale, est en jeu, la question est ardue, la responsabilité est grande. Il importe de peser les chances actuelles que l'on fait courir à la malade en vue d'améliorer l'avenir. Dans cette alternative, on

ne peut poser d'indications particulières, c'est une question de mesure et toute initiative doit être laissée au praticien. Or, s'exposer à l'avortement en administrant les eaux, pour préserver de l'avortement même, semble un paradoxe, c'est pourtant substituer un doute à une certitude, ce qui est déjà beaucoup. C'est assurer la vie du fœtus, en lui faisant courir quelque risque il est vrai; pour lui, comme disent les gens du monde, c'est un remède qui guérit ou qui tue. C'est dans cette conjoncture que le coup d'œil médical, que la prudence devront intervenir, et toute la question sera de savoir si la malade pourra supporter le régime des eaux, sans trop de retentissement sur le système génital. Il est vrai, comme le dit fort justement M. Pidoux, que l'action des agents thérapeutiques se fait bien plus sentir sur ce qu'il y a de sain dans l'organisme pour le prémunir, que sur ce qu'il y a de morbide pour le détruire directement; mais il est vrai aussi qu'une part de cette action excitante du traitement thermal que nous avons à redouter est déviée au profit d'éléments frappés d'inertie ou profondément altérés; que l'organisme aura bien plutôt besoin d'un coup de fouet qu'il n'aura peur d'un stimulant. Le spécifique, dit Bazin, ne détruit pas la cause morbifique interne, mais suscite dans l'organisme un état physiologique particulier qui empêche les manifestations de se produire. C'est ainsi qu'agissent les chlorurées sodiques, à la façon de la médication altérante, mais elles sont en définitive reconstituantes par le chlorure de sodium qu'elles renferment. M. Planche, médecin à Balaruc, a démontré que le sang, sous l'influence de l'usage de ces eaux, devient plus riche, non pas en nouveaux globules, mais par la conservation de ses propres globules rouges. Comme conséquence, la circulation devient plus rapide, les combustions interstitielles plus actives, et c'est à ces phénomènes qu'est due cette hypersécrétion glandulaire intestinale si considérable qui se traduit par l'effet purgatif. Une hypersécrétion analogue a lieu sur les glandes salivaires, mais aussi sur celles du col utérin. Ce dernier organe, qui est si souvent le siège de congestion pendant l'état gravide, pourra béné-

ficier de ce flux provoqué, mais le but peut être facilement dépassé et l'hémorrhagie suivre de près ce catarrhe artificiel. Ce résultat aura d'autant plus de chance de se produire que la grossesse sera moins avancée. La raison en est dans le peu de résistance qu'offrent alors les adhérences de l'œuf. Il faudra donc se méfier de l'effet si actif de ces eaux, il faudra se méfier aussi de leur température élevée et de la sursaturation des eaux mères que l'on emploie avec succès dans d'autres conditions. Bieu qu'on agisse sur une économie peu disposée à des réactions vives, on n'en surveillera pas moins la stimulation générale du début. Mais, avec ces restrictions, on recherchera l'action reconstituante de ces eaux dans les formes torpides de la scrofule, dans les manifestations graves de la diathèse. La forme ganglionnaire, les altérations profondes des systèmes osseux ou articulaires seront justiciables de cette médication. Dans les cas moins graves, dans les prédispositions héréditaires, les manifestations peu accusées, nous préférons la *thalassothérapie*, sur laquelle nous aurons à nous expliquer dans un chapitre à part.

Pour les cas qui nous occupent actuellement, nous nous adresserons à Arbonne, Salins, Salies, qui sont froides et très minéralisées, ou à Balaruc, dont il faudra laisser refroidir les eaux à une température indifférente, ou encore au Roucas (près Marseille), où, à une eau chlorurée minérale qui sourd près du rivage, se joint l'heureuse influence de l'atmosphère marine. Capuron conseillait Balaruc et aussi Barèges, Cauterets, etc..., en injections dans l'incontinence d'urine, sans doute parce qu'il voyait là un effet de la constitution scrofuleuse amenant l'atonie du sphincter vésical.

A l'étranger, il faudrait mentionner Kreusnach, recommandé par M. Durand-Fardel, Kissingen, Hombourg. Burns (1) conseille les eaux de Chelteuam, surtout comme purgatives dans les cas de menaces d'avortement par pléthore.

Quoi qu'il en soit, ces eaux qui répondent à des indications

(1) *Traité d'accouchements*, 1855.

précises seront employées assez rarement. En effet, si la scrofule peut s'observer chez l'adulte dans les conditions défavorables que nous avons rappelées, c'est surtout dans l'enfance et dans l'adolescence que se rencontrent le plus souvent ces conditions-là. Mais, dans tous les cas, elles seront contre-indiquées formellement toutes les fois qu'on se trouvera en présence de périodes aiguës ou même subaiguës de l'évolution de la diathèse. C'est ce qui arrive souvent dans les affections articulaires, dans les tumeurs blanches, la coxalgie et la sacro-coxalgie, rares d'ailleurs à l'âge des sujets qui nous occupent. Ces affections ont souvent des poussées inflammatoires dont il faut se méfier. Il faudra aussi se méfier des températures froides dans ces tumeurs blanches en général dont la pathologie est d'ailleurs fort complexe. Nous professons à ce sujet les idées de Bonnet (de Lyon). Pour les coxalgiques, je préférerais les eaux à température élevée, comme Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, si je n'avais en vue que l'affection articulaire, mais je conviens des dangers qu'il y aurait à les employer durant la grossesse et je crois que le mieux est de s'abstenir.

Les eaux chlorurées sodiques ne sont pas les seules que l'on aura à sa disposition dans les affections scrofuleuses. Nous pourrons dans certains cas, où la médication saline présentera quelque inconvénient, ou que la diathèse sera moins accusée dans ses manifestations, nous adresser aux bicarbonatées chlorurées ; la Bourboule (si nous faisons abstraction de l'arsenic au point de vue de la classification) et Saint-Nectaire, véritables lymphes minérales, comme les appelait Gubler et où se retrouvent tous les éléments du sérum sanguin. « Si l'on étendait de son poids d'eau pure, dit M. Goubeyre Imberdis, un « litre de sérum sanguin, on aurait sensiblement deux litres « d'eau minérale de Saint-Nectaire. » Or, les sels agissent d'autant mieux qu'ils trouvent leur analogie dans l'économie, ils s'assimilent en venant grossir la proportion de ceux du sang, et c'est ainsi qu'on peut expliquer l'action reconstituante d'eaux purgatives qui perdent absolument cette vertu, si l'on a soin d'en modérer les doses. C'est ce qui se passe à Kissingen,

Hombourg, Karlsbad. Nous dirions aussi Châtel-Guyon, si nous ne devions le proscrire à raison de l'effet de leurs eaux sur la menstruation plus marquée que dans les autres eaux de la même catégorie.

« En ce qui concerne la suppression ou le retard des règles, « c'est un fait constaté depuis bien longtemps à Châtel-Guyon, « que ces eaux provoquent leur apparition ou en hâtent le « retour. » (*Annales d'hydrologie*, 8e livr., ann. 1875-76).

Albuminurie. — C'est à raison des qualités que nous venons de rappeler qu'on emploiera les eaux salines bicarbonatées dans l'albuminurie des femmes enceintes. On sait les bons effets que Gubler en a retirés; on sait aussi les heureux résultats du lait salé employé par M. Tarnier comme préventif de l'éclampsie.

Contre cette redoutable affection, on est allé jusqu'à proposer, non seulement l'accouchement prématuré, mais encore l'avortement provoqué; si donc on n'est pas surpris par un accès éclamptique, si la malade qui a déjà montré de l'albumine dans ses urines peut se séparer de son médecin ordinaire, si la grossesse laisse le temps d'aller faire une saison thermale, je ne vois que des avantages à user de cette médication bicarbonatée-chlorurée naturelle, à laquelle se joindra l'action du climat, changement d'air, etc...

En mettant les choses au pire, on aurait un avortement qui, dans l'espèce, pourrait être considéré comme moins fâcheux, comme curatif même de l'éclampsie menaçante.

Lymphatisme. — Dans les cas de lymphatisme, compliqué d'anémie, on pourrait retirer quelque avantage des eaux de Royat, l'équivalent français d'Ems, d'antique réputation, qui seraient encore indiquées quand la scrofule ou simplement le lymphatisme se complique d'arthritis.

Manifestations cutanées et muqueuses. — Quelque importantes que soient les médications précédentes, on n'aurait pas une idée suffisante de la thérapeutique de la scrofule, si l'on n'y ajoutait la médication sulfureuse. Celle-ci s'adresse surtout aux traces

laissées par la diathèse, aux manifestations antérieures de l'affection dont l'intensité semble amoindrie, dont l'énergie semble épuisée. C'est peut-être l'état le plus fréquent chez les femmes grosses, et c'est aux manifestations cutanées et muqueuses que s'adresse le traitement, non en vertu d'une action spécifique contre la diathèse, mais à cause de la prédilection éliminatrice du soufre pour le système tégumentaire (peau et muqueuse, surtout muqueuse respiratoire). Alors, en se méfiant de la poussée commune à toutes les sulfureuses sodiques, poussée déjà étudiée par Bordeu, qui en fixait les limites du sixième au douzième jour, on pourra trouver contre les scrofulides, les catarrhes utérins, les leucorrhées, les métrites du col si bien étudiées par Benett, chez les femmes enceintes, des indications précieuses quand le traitement s'imposera par un état fâcheux de l'économie créant un danger pour la grossesse.

Quelque avantage qu'il y aurait à employer les sulfurées, nous nous garderons de le faire en injections, bains de siège, douches locales. Pour tout ce qui a trait à la pathologie utérine, nous proscrivons de pareils moyens pendant la grossesse. Nous ne permettons que l'usage interne et les bains généraux d'eau sulfureuse dégénérée, le plus souvent mitigée. Ces bains mêmes auront toujours une courte durée et une température indifférente. On ne saurait trop insister sur ces recommandations.

Phthisie. — En ce qui concerne les affections des voies respiratoires qui compromettent non seulement l'état de gestation, mais la vie de la femme, nous aurons de fréquentes occasions d'employer les eaux sulfurées sodiques.

C'est surtout dans la phthisie qu'on y aura le plus volontiers recours. Ici, en effet, on ne craint que peu la poussée pour la grossesse, les mêmes règles qui s'imposent pour la délicatesse de la muqueuse bronchique ou l'ébranlement causé à la constitution toute entière la préserveront, et sans rechercher l'avortement, on ne devrait peut-être le considérer que secondairement, eu égard à l'importance de la maladie principale. On

sait même que l'on a proposé l'accouchement prématuré pour enrayer la marche de la phthisie dans la grossesse, marche fatale, surtout dans la seconde moitié, si l'on en croit M. Pidoux. Ce savant praticien, qui, dans un traité remarquable, a posé les indications et les contre-indications de l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement de la phthisie, pense en effet pouvoir concilier les deux opinions contradictoires dont nous avons parlé, quant à l'influence de la gestation sur la phthisie. Il partage la grossesse en deux périodes, en deux moitiés.

La première, en vertu de la concentration nerveuse, agirait comme une névrose et suspendrait la marche de la maladie ; la deuxième, où les phénomènes vasculaires appelleraient, par l'importance qu'ils acquièrent alors, une nouvelle poussée de l'affection.

Nous ne pouvions omettre de signaler l'opinion d'un maître aussi compétent, mais nous ne pouvons ici passer en revue toutes les indications relatives, non plus à la grossesse, mais à la phthisie même, qui décideront de l'emploi des eaux sulfureuses.

Nous savons qu'on s'adressera en première ligne aux Eaux-Bonnes et aux Eaux-Chaudes, Cauterets, réservant Luchon, Ax, etc..., en n'employant que les eaux dégénérées, pour les dermatoses, les indurations, les trajets fistuleux, etc..., en tant qu'ils menacent ou épuisent l'organisme.

Parmi ces stations, où l'on enverra les phthisiques, réservons une place à part à Amélie-les-Bains, à cause de son climat, qui en fait une station d'hiver.

Citons encore Marlioz, près d'Aix, en Savoie, qui a une source froide et remarquablement sulfurée. J'ai eu l'occasion d'y envoyer un tuberculeux qui avait eu une syphilis grave, encore manifeste au moment où il se rendit à Marlioz, et j'ai pu apprécier le double effet de ce traitement sur les deux diathèses. Si j'avais une femme enceinte dans ces conditions, je n'hésiterais pas à lui conseiller les mêmes eaux.

Dans l'évolution de la scrofule entre les extrêmes qui vont du simple tempérament lymphatique, sorte de prédisposition à

la diathèse, jusqu'à la cachexie la plus avancée, il y a de nombreux degrés qui pourront nous faire rechercher d'autres médications.

C'est ainsi qu'Uriage, eau à la fois sulfurée et chlorurée sodique, trouvera son emploi chez les lymphatiques à scrofulides atoniques, ou à d'autres manifestations du même caractère, de même pour Gréoulx.

Si ces eaux sont encore trop excitantes, on s'adressera aux sulfurées calciques, froides, comme Enghien, Pierrefonds, ou aux sulfurées bromo-iodurées, comme Allevard.

Ces deux dernières classes conviennent surtout pour les affections bronchiques ou laryngées qui s'établissent avec persistance chez certains sujets ou lymphatiques ou entachés de quelque diathèse peu évidente. On pourra y ajouter les sources à douce température du Mont-Dore, quoique appartenant à une autre catégorie, les bicarbonatées sodiques arsenicales.

Je signalerai encore le bon effet de ces eaux dans la coqueluche, affection de l'enfance sans doute, mais que les mères peuvent prendre par contagion, et qui, par les efforts de toux, facilitent et provoquent l'avortement. J'ai eu, dans ma pratique, un cas de ce genre, mais c'était en hiver ; la malade ne put aller aux eaux faire des inhalations, elle avorta.

En résumé, nous n'hésitons pas, dans la scrofule grave à forme atonique, à employer les eaux spécifiques chlorurées, malgré leur action excitante, dangereuse, ménorrhagique même, pour arriver à modifier profondément la constitution.

Nous employons encore les eaux sulfureuses, malgré la poussée, dans les manifestations scrofuleuses sur l'appareil respiratoire, quand le danger de laisser s'établir une phthisie domine la situation. Nous réservons les eaux sulfurées chlorurées, comme Uriage, pour le cas de lymphatisme atonique ; nous n'usons que très peu des eaux fortes, comme Luchon, Ax, si ce n'est en employant les eaux dégénérées. Nous conseillons plus volontiers Enghien, Allevard, Marlioz, qui, la plupart du temps, auront une action suffisante et seront moins dangereux.

C'est ici que nous pourrions faire appel à la classification de

M. Jaccoud, et c'est surtout la classe des eaux faibles que nous recommanderions. Mais, disons-le encore une fois, il faut que l'importance de modifier l'état général de la mère soit majeur et laisse en quelque sorte la grossesse au second plan, pour que nous nous décidions à offrir les bénéfices d'une médication thermale par les eaux chlorurées ou sulfureuses. Non seulement nous basons cette opinion sur le raisonnement, mais encore sur des observations et sur l'expérience des médecins des eaux et la nôtre propre.

Pour Cauterets, par exemple:

OBSERVATION II.

Mme de R..., 25 ans, vient à Cauterets pour une angine granuleuse; elle est anémique et au troisième mois d'une seconde grossesse. La première avait été heureuse. Elle use de boissons et de bains, modérément, bien que son médecin ordinaire ne la crût pas enceinte et attribuât l'aménorrhée à l'anémie, ce qui était arrivé plusieurs fois. Vers le quinzième jour du traitement thermal elle avorta; pas d'autre conséquence. Angine modifiée favorablement, santé générale bonne, quand elle quitta la station.

OBSERVATION III.

Mme B..., 21 ans, primipare, enceinte de deux mois, vient à Cauterets pour une phthisie au deuxième degré. Boisson seulement en quantité minime, et pourtant elle est prise de coliques utérines qui font craindre un avortement prochain. Arrêt de ces phénomènes, légère amélioration du côté de la poitrine. Cessation de tout traitement au bout de dix jours. Effet ultérieur inconnu.

OBSERVATION IV.

Mme L..., 28 ans, est enceinte pour la troisième fois. Sa grossesse a deux mois et demi à trois mois; elle est atteinte de pneumonie caséeuse, pour laquelle on lui a conseillé Cauterets. Vers le douzième

jour, elle avorta et eut une hémorrhagie abondante qui l'a beaucoup épuisée.

OBSERVATION V.

Mme L..., 30 ans, atteinte de syphilis grave, guérie depuis deux ans, vient à Cauterets pour la quatrième fois et ne consulte pas le médecin qu'elle voyait les années précédentes. Elle a un retard de trois mois, mais ne se doute pas qu'elle est enceinte. Vers le quinzième jour, menace d'avortement, les coliques utérines surviennent et le médecin, appelé à ces premiers symptômes de fausse couche, constate tous les signes probables d'une grossesse sur le point de s'interrompre. Le troisième jour tout est rentré dans l'ordre et la grossesse continue (1).

Ainsi donc voilà quatre malades en état de gestation, deux ont avorté, et deux ont failli faire une fausse couche, alors cependant que le traitement thermal avait été dirigé avec prudence. Ces faits doivent donner à faire réfléchir.

Pour Uriage, je n'ai pas d'observations particulières, mais voici l'extrait d'une lettre du Dr Doyon, dont l'opinion sur la matière me paraît avoir une grande valeur.

« Ce qu'il m'est permis de vous dire jusqu'à présent, c'est que les maladies pour lesquelles les femmes enceintes sont venues à Uriage étaient, soit des affections de la peau, soit de l'anémie. Quant au mode d'emploi des eaux, je me suis toujours borné à prescrire des bains tempérés et de l'eau en boisson. Je n'ai jamais eu d'accidents. Je n'ai pas constaté d'effet appréciable sur la grossesse, mais chez les femmes lymphatiques et anémiques, une amélioration sensible de l'état général. En un mot, je ne considère pas la grossesse comme une contre-indication à l'emploi des eaux, je crois naturellement qu'il faut les prescrire avec précaution et dans des conditions déterminées de santé, en évitant les bains chauds et prolongés qu'il faut proscrire d'une manière absolue.

(1) Ces quatre observations m'ont été communiquées par le Dr E. Michel, dont tout le monde connaît la haute compétence.

« Toutefois, je n'ai eu recours au traitement thermal que dans les cas où il y avait avantage à modifier l'état général de la femme ou pour combattre un état diathésique pouvant avoir une influence fâcheuse sur l'enfant. » Cette opinion, qui vient à l'appui de la conduite que nous nous étions déjà tracée, est une preuve de plus en faveur de la manière de voir que nous venons d'exposer.

Pour Luchon :

« 1° La population de Luchon ne s'adresse jamais aux médecins qui exercent ici pendant la saison thermale.

« 2° Quant aux femmes étrangères, je ne sache pas qu'il en vienne à notre station pour faire usage de nos eaux pendant l'état de grossesse. En tout cas, je peux affirmer que je ne connais pas de fait pareil. Je suis donc pris au dépourvu. Mais nous savons à n'en pas douter, par un grand nombre d'exemples personnels et par les affirmations du très honorable et très regretté Dr Fontan, qu'elles sont très fréquemment efficaces contre la stérilité... » (Lettre du Dr Verdalle.)

Ce document négatif a bien une certaine valeur. En effet, si dans la pratique d'un médecin occupé, dans une population considérable de baigneurs, dans une station aussi fréquentée, même par des gens qui n'ont aucun besoin des eaux, il ne s'est pas trouvé une occasion d'observer l'influence du traitement thermal sur la grossesse, on peut *a priori* dire que ces eaux ne conviennent guère aux femmes grosses, et nous pourrons ajouter, à cause de leur action si énergique, elles peuvent être considérées comme abortives. Non pas qu'elles contiennent une substance ayant cette réputation, mais à cause de leur excitation générale, elles sont emménagogues, au même titre, que tous les excitants généraux.

ARTHRITIS.

La seconde des diathèses contre laquelle les eaux nous offrent une médication spécifique est l'arthritis. Celle-ci n'exclut pas la scrofule, mais n'agit pas comme elle dès le berceau. Elle se

manifeste plutôt chez l'adulte et à l'occasion même de la grossesse qui peut la faire éclore. A part les cas graves donnant lieu à des accès de goutte ou de gravelle, apyrétiques ou à réaction fébrile, l'arthritis se devine plutôt qu'on le constate matériellement. Nous ne saurions être pourtant de l'avis de M. Durand-Fardel, qui ne saisit pas bien, dit-il, l'influence arthritique dans la métrite chronique. Il nous souvient d'une dame qui, sous cette influence générale, avait une métrite parenchymateuse qui n'a cédé qu'à l'emploi des eaux de Royat. Les docteurs de Ranze, à Néris, et Bottentuit, à Plombières, ont signalé des cas de guérison semblables. C'est là une des raisons, je crois, qui fait qu'un professeur distingué de l'école de Montpellier envoie presque toutes ses malades à Vichy, après leur avoir fait subir un traitement local, dans les cas d'engorgement du col utérin. Tous les jours, dans le traitement de la métrite chronique, on constate le bon effet des bains alcalins. Nous pensons que, loin d'être sans influence, l'arthritis éternise ces affections utérines à forme placide qui donnent lieu, en ce qui touche à nos sujets, à des avortements successifs, si l'on n'a pas recours à un traitement thermal. Nous admettons donc, chez les arthriques, des manifestations viscérales, sans parler des cutanées, et en particulier nous signalerons la gastralgie, l'asthme et la métrite. La formation de la lithiase biliaire et urinaire, et même intestinale, est aujourd'hui trop connue pour que nous insistions sur ces phénomènes qui sont la caractéristique même de la diathèse.

Quoi qu'il en soit, il conviendra de combattre ces accidents, en tenant compte des dangers de la médication alcaline. Garrod professait que les eaux bicarbonatées agissent à la fois : 1° par les sels qu'elles tiennent en dissolution; 2° par la quantité de liquide qu'on absorbe ; 3° par la température. Nous ne devons pas rechercher les deux dernières actions. La température élevée présente des dangers dont nous avons déjà parlé, et la grande quantité d'eau qu'on absorbe n'est pas faite pour les femmes enceintes dont l'estomac se prêterait mal à une grande distension ou à une pareille lessive.

On sait le rôle des sels alcalins sur l'organisme ; leur effet sur le liquide sanguin en diminue la coagulabilité, amène l'hypoglobulie, plus tard la dystrophie, et enfin la cachexie alcaline. Il est facile de ne pas aller jusque-là, mais il sera facile aussi de dépasser le but quand nous les emploierons dans la grossesse où il y a déjà tendance à cette hypoglobulie et à la cachexie séreuse. L'emploi de cette médication thermale ne saurait donc être indifférent.

« Quand un mal chronique, dans ses allures et dans ses « formes, d'une nature rebelle et tenace, a pris racine dans « l'économie, force est bien d'opposer une défense plus énergi- « que à une attaque plus puissante et c'est alors qu'il faut mettre « en œuvre les moyens qui modifient puissamment (1). »

Ces considérations peuvent s'appliquer à l'arthritis et aux moyens qu'on a de le combattre. Modificateurs puissants, profonds, les sels alcalins vont pénétrer dans l'intimité de l'économie et changer les conditions des liquides nourriciers. Ils augmenteront l'alcalinité du sang et l'alcalinité des produits de sécrétion et faciliteront les phénomènes osmotiques ; mais ils augmenteront aussi la disproportion de la partie séreuse et des globules, au préjudice de ceux-ci. Ils favoriseront donc par l'appauvrissement du sang les congestions locales que l'on constate si souvent chez les anémiques et qui, chez les femmes à l'état gravide, porteront sur l'utérus. Il est bon d'avoir présents à l'esprit ces dangers, méconnus par un certain nombre de médecins, trop enclins à ne voir dans les eaux minérales en général et les bicarbonatées en particulier, que des agents inoffensifs. Si, dans le traitement des diverses manifestations de la diathèse arthritique on n'a pas rencontré l'avortement, au moins dans les observations que nous rapportons, c'est à l'emploi prudent du traitement hydriatique, proportionné aux accidents, qu'on le doit.

---

(1) Trousseau-Pidoux, t. I, p. 352.

OBSERVATION VI (résumée).

Mme X..., 30 ans, forte constitution, tempérament sanguin bilieux, ayant eu cinq ans auparavant une couche heureuse, menstruée régulièrement, mais peu, me fut adressée, en 1853, par le Dr Deporta, de Nice, pour des coliques hépatiques, datant de neuf mois, affection héréditaire. A son arrivée, les menstrues manquaient depuis quatre à cinq mois. Il était probable qu'il y avait grossesse. Foie dans ses limites normales, pas d'hyperesthésie à l'hypochondre droit. Le fond de l'utérus dépassait de plusieurs travers de doigt le niveau du pubis. Etat général excellent. Les bruits du cœur étaient réguliers, mais forts; la matité précordiale était peut-être un peu plus étendue qu'à l'état normal. L'eau de la Grande-Grille, que je conseillai à la malade, fut parfaitement supportée; de 4 à 5 verres que j'avais prescrits, elle arriva, de son propre mouvement, à en prendre 8 par jour. Sa constipation, qui était habituelle depuis deux ans, cessa bientôt; la dernière semaine, il y eut une selle chaque jour. La santé générale ne fut nullement troublée, et la malade quitta Vichy après dix-neuf bains.

La grossesse fut heureuse jusqu'à son terme, ainsi que l'accouchement, etc...

OBSERVATION VII.

Une dame de Trévoux, d'une très bonne constitution, d'un coloris vif, joint à un certain embonpoint, bien réglée, commença à éprouver, à l'âge de 23 ans, des douleurs d'estomac, revenant par accès d'abord éloignés, puis plus rapprochés; il s'y joignit des indigestions fréquentes s'accompagnant parfois d'un léger ictère. Dix-huit mois après le début des accidents, vers le milieu de 1860, elle s'aperçut qu'elle maigrissait, sans que son médecin, le Dr Thiébault, pût découvrir de lésion d'organe. Elle vint faire cette même année une première cure à Vichy; le résultat de mon examen fut entièrement conforme à celui de mon confrère; je diagnostiquai une gravelle biliaire. Durant tout l'automne et l'hiver, la santé de Mme X... fut bonne; elle semblait tout à fait rétablie, lorsque, dans les premiers jours d'avril, il se déclara de nouvelles crises très violentes; pendant dix jours elles revinrent quotidiennement. Les règles avaient paru pour la dernière

fois le 25 mars, et tous les signes rationnels de la grossesse ne tardèrent pas à se présenter. Consulté le 9 juin sur l'opportunité d'une cure dans ces conditions, je n'hésitai pas à la conseiller, fort d'exemples semblables. Le 5 juillet, Mme X..., parvenue au quatrième mois de la gestation, revint à Vichy avec l'apparence d'une bonne santé. Le traitement était parfaitement supporté, lorsqu'au bout d'une dizaine de jours, il se déclara tout à coup une colique hépatique des plus violentes et des mieux caractérisées ; elle dura toute une nuit, avec les nausées et les vomissements les plus pénibles. Cette violente secousse n'eut aucun retentissement vers l'utérus, et le lendemain il ne restait, avec une teinte ictérique, qu'une extrême lassitude. La malade reprit et acheva sa cure sans nouvel accident.

Au commencement de janvier 1862, l'accouchement se fit à terme et heureusement. L'allaitement n'a pu être continué au delà de trois mois à cause de gerçures très douloureuses aux mamelons, suivies d'abcès aux seins. Ni avant, ni depuis l'accouchement, m'écrivit M. Thiébault, à la date du 1er mai, cette dame n'a eu de dyspepsie, ni le moindre signe de colique hépatique.

Observation VIII.

Une dame du Nord, petite, blonde, de tempérament lymphatico-nerveux, éprouva une première crise de coliques hépatiques à la suite de sa deuxième couche, en 1853. Une troisième couche, en 1855, et une quatrième, en 1856, furent suivies d'attaques qui devinrent de plus en plus fortes, jusqu'en 1860, où cette dame se rendit à Vichy. Elle était alors enceinte de quatre mois ; la percussion et la palpation ne révélaient aucune altération appréciable du foie. La cure ne présenta aucun accident ; l'eau minérale, en boisson, fut très bien supportée, l'état général s'améliora sensiblement. La grossesse suivit un cours régulier ; l'accouchement fut heureux. A la suite de cette couche, la malade eut « deux ou trois crises très légères » après lesquelles sa santé resta parfaite.

Observation IX.

Une jeune dame de l'Allier, d'une bonne constitution, enceinte de quatre mois, vint à Vichy en 1855, pour des coliques hépatiques d'une intensité extrême et qui dataient de huit mois. Le foie avait

ses limites normales, mais la région hépatique était sensible au toucher; la digestion se faisait assez bien ; le fond de l'utérus remplissait l'hypogastre. Cette dame suivit sa cure, consistant en bains quotidiens et en cinq verres d'eau de la Grande-Grille, sans éprouver le moindre accident.

OBSERVATION X.

Une dame d'Orléans, âgée de 21 ans, d'une excellente constitution, attribuait sa maladie à ce que, pendant l'allaitement de son premier enfant, on la faisait manger beaucoup « pour réparer ses forces » et elle digérait mal. En quatre mois et demi elle eut sept crises hépatiques, dont la dernière dura, avec des intermittences, quatre jours. Elle était enceinte de deux mois lorsqu'elle se rendit à Vichy : la cure se fit sans difficulté, la grossesse fut bonne ; trois mois après sa délivrance, une troisième crise éclata.

Dans ces cinq observations, que nous avons empruntées à la thèse du D[r] Gabriel Nicolas, nous trouvons quatre bonnes constitutions, probablement des tempéraments sanguins chez lesquels l'action du bicarbonate de soude à la dose de 4 à 6 grammes par jour ne pouvait amener d'affaiblissement notable. Toutefois la dose de 8 verres de la Grande-Grille, pour la première, nous paraît un peu trop forte. Ajoutons que ces quatre malades avaient les coliques hépatiques, c'est-à-dire une manifestation tangible de la diathèse, un état du sang tout particulier et un organe particulièrement congestionné. Il n'est pas douteux que ces conditions ne soient bien différentes de ces manifestations vagues de l'arthritis : dyspepsie, migraine, etc., contre lesquelles nous recommanderions l'usage des eaux alcalines plus faibles. Reste la cinquième malade : cette dame du Nord, à tempérament lymphatico-nerveux. Ici j'avoue mon étonnement, et, pour en parler en connaissance de cause, il faudrait savoir la dose prise en boisson, la durée du traitement, et la quantité de bains, leur température, leur longueur, etc..., tous éléments qui manquent dans l'observation. C'est du reste pour des cas semblables aux cinq précédents que nous nous

départirions de notre rigueur vis-à-vis des eaux de Vichy et de Vals (gravelle hépatique, gravelle néphrétique chez les femmes grosses à tempérament sanguin). Pour l'arthritis des sujets lymphatico-nerveux, nous préférerions Vic-sur-Cère, dont les eaux sont froides et ferrugineuses, tout en offrant près de 2 grammes de bicarbonaté de soude par litre, ou encore des eaux beaucoup plus faibles, comme Sail (Loire). Voici une observation qui montre qu'on n'est pas toujours aussi heureux et qui justifierait bien notre préférence. Il est vrai que la grossesse était au début.

Observation XI.

Mme P. de M..., femme forte en apparence, mais très lymphatique, 28 ans, va à Vichy pour un rhumatisme ancien qui avait eu quelque velléité de revenir l'hiver passé. Elle part un peu avant son époque. A Vichy, celle-ci ne se montre pas. La malade fait un traitement d'un mois et demi. La seconde époque manque. Elle revient chez elle avec une petite perte. Son médecin croit à une anémie par l'effet des eaux. M. Courty, consulté à cet égard, confirme le diagnostic de ce dernier. Cependant la perte persiste, et comme la malade était très minutieuse pour tout ce qui la concernait, elle montra un matin à notre confrère un petit fœtus qu'elle avait rendu la veille dans des caillots. Nul doute que cet avortement n'ait été préparé par le traitement thermal, qui a agi d'autant plus favorablement dans ce sens que la grossesse était moins avancée et le tempérament moins résistant.

Voici encore l'opinion d'un confrère éclairé qui exerce depuis longtemps à Vals (le Dr Ollier) :

«..... Je crois que les eaux de Vals peuvent être employées « en boisson, surtout les eaux alcalines faibles et moyennes, « les eaux ferro-arsenicales à toutes les périodes de la grossesse. « Il est prudent, je crois, de renoncer d'une manière absolue, « soit aux bains, soit aux douches. Dangereux, ou par l'excita- « tion spéciale de l'organe survenant à la suite de plusieurs « bains, ou par la congestion utérine suivant à peu près fata- « lement toute percussion un peu vive, soit de l'hypogastre,

« soit des lombes. La douche en pluie, où donnée seulement « sur les bras et sur les jambes avec un jet très brisé, me paraît « seule possible. Je connais deux dames, habituées depuis « longtemps à la douche, qui ne discontinuent pas pendant leur « grossesse. Malgré cela, je ne les ordonnerais pas. Vous remar- « querez que les trois malades chez lesquelles les symptômes « ont été aggravés sont trois malades à lésion utérine. Ici la « règle générale ne souffrirait pas d'exception. Les organes « malades ressentent l'excitation thermale beaucoup plus vive- « ment que les organes sains, pour lesquels elle passe le plus « souvent inaperçue.

« Les nausées du début de la grossesse n'ont nullement été « améliorées. Cependant je me rappelle une autre malade qui, « venue à Vals pour accompagner une de ses parentes, se trouva « très bien des eaux alcalines faibles. Elle prit de l'appétit et « digéra parfaitement pendant tout son séjour. »

Ces préceptes auxquels nous souscrivons seront notre règle de conduite. Nous emploierons les eaux de cette catégorie avec prudence en surveillant surtout l'action des bains. Pour tout dire en un mot, et ne pas s'en laisser imposer par la moindre excitation de ces eaux, le danger est plus éloigné, il faudra se garer de l'abus.

Voici six observations de cet honorable confrère.

Observation XII.

Mme Sp..., de Cannes, âgée de 35 ans, a eu trois enfants. Atteinte de coliques hépatiques, elle vient à Vals. Elle est au cinquième mois d'une quatrième grossesse. La première crise de coliques avait débuté au moment même du second accouchement.

La durée du traitement thermal est de 30 jours pendant lesquels elle prend de trois à quatre verrées d'eau alcaline moyenne. La grossesse poursuit son cours.

Observation XIII.

Mme X..., venant d'Algérie, âgée de 32 ans, est au sixième mois de sa seconde grossesse; elle a une bronchite chronique, une anémie

profonde. Quatre à six verrées source Dominique. Effet très satisfaisant sur la santé générale. La malade est partie allant très bien, ne toussant plus, marchant beaucoup plus facilement sans être essoufflée. Les mouvements de l'enfant étaient très actifs.

Observation XIV.

Mme B..., de Marseille, âgée de 24 ans, est atteinte d'anémie et de gastralgie. Elle est primipare, enceinte de deux mois et demi, elle a des signes rationnels d'une ulcération du col (douleurs lombaires et ovariennes, leucorrhée, perte glaireuse). Je n'ai pu l'examiner. Trois verres de Saint-Louis par jour, amélioration générale peu sensible. Aucune amélioration sur les vomissements ni sur les douleurs gastralgiques.

Observation XV.

Mme G..., de Lyon, 23 ans, est atteinte de dyspepsie et d'ulcération du col. Grosse pour la seconde fois (2 mois). Elle vient à Vals où le traitement par les eaux alcalines faibles et ferro-arsenicales ne modifie pas son état. Elle prend trois bains ferrugineux et se sent chaque fois plus malade (douleurs lombaires ; brisement général). Le traitement est interrompu, la grossesse suit son cours, au moins pendant son séjour aux eaux.

Observation XVI.

Mme Ph..., de Montpellier, âgée de 40 ans, seconde grossesse (trois mois), est atteinte de dyspepsie légère ; hémorrhagie utérine peu abondante pendant le voyage; rien pendant la cure, mais douleurs lombaires persistantes. Deux verres eaux alcalines moyennes, deux verres eau ferro-arsenicale par jour. Effet des eaux sur la santé générale peu évident.

Observation XVII.

Mme X..., de Mostaganem, 40 ans, a déjà deux enfants, grosse pour la troisième fois au huitième mois, et dans un état d'anémie profond ; fièvres intermittentes; congestion du foie ; ancienne affection utérine. Bains alcalins tous les deux jours; eau alcaline moyenne

et forte et eau ferro-arsenicale en boisson. Un mois de traitement. Amélioration de l'état général, mais quelques contractions utérines de temps à autre. Douleurs abdominales assez fréquentes; cependant la grossesse suit sa marche normale.

HERPÉTIS.

L'herpétis, la dartre des anciens, trouvera aussi son spécifique dans les eaux arsenicales. Comme l'arthritis, cette diathèse est plus tardive dans ses manifestations que la scrofule. En dehors des aggravations cutanées, elle revêt quelquefois des formes difficiles à interpréter. Anciennement tout ce qui n'était ni scrofuleux, ni tuberculeux, ni syphilitique, ni parasitaire, plus tard ni arthritique était considéré comme herpétique. Bazin et M. Gueneau de Mussy, M. Hardy et bien d'autres après eux, ont tracé magistralement les caractères de cette diathèse; ils ont montré le cachet qu'elle imprime aux maladies qui attaquent l'organisme où elle règne. La grossesse peut la faire éclore à titre d'incitation physiologique comme toute incitation accidentelle peut aussi la réveiller, et alors ses manifestations cutanées, nerveuses ou viscérales seront justiciables des eaux arsenicales. Parmi ces dernières manifestations, nous citerons l'asthme, la métrite avec ou sans leucorrhée, laquelle pourra par l'irritation de l'écoulement produire des herpétides des grandes lèvres, le prurit vulvaire, etc. Parmi les secondes, la migraine, les gastralgies, la dyspepsie, etc.

L'eczéma est une manifestation fréquente de l'herpétis, c'est la dartre humide; le psoriasis, la dartre sèche. Ces deux dermatoses, sous l'influence de la diathèse qui nous occupe en ce moment, demanderont des traitements différents au point de vue du dosage surtout, mais dont l'arsenic formera toujours la base. C'est surtout les affections eczémateuses qui tourmenteraient, épuiseraient les femmes grosses, qu'il faudra traiter par les eaux arsenicales faibles, bicarbonatées; le psoriasis qui réclame une médication moins pressante, exigerait des eaux fortement minéralisées, mais on peut attendre, et le mieux est

de s'abstenir. En effet, les eaux de la Bourboule par exemple qui représentent la plus haute expression de cette thérapeutique sont fort excitantes.

« Je ferai remarquer l'effet produit par les bains, les injec-
« tions de la Bourboule. Cette excitation génésique chez les
« femmes est assez souvent la conséquence des eaux thermales;
« je l'ai vu produite par les eaux de Plombières, d'Ems, de Vi-
« chy, avec assez de violence pour que les malades aient cru de-
« voir m'en parler et demander mes conseils à cet égard... » (1).

Nous avons déjà parlé, pour le souligner en passant, de cette excitation génésique qui se montre même à Vichy, mais c'est surtout la Bourboule qui aurait cette sorte de qualité aphrodisiaque. Aussi n'en userons-nous qu'avec la plus grande modération.

Nous y enverrons les anémiques, principalement quand elles seront aussi scrofuleuses ; certains cas de tuberculose atonique, d'induration, de sclérose pulmonaire, etc..., quand nous n'aurons pas affaire à des sujets nerveux.

Pour les affections cutanées quelle qu'en soit la pathogénie, nous ferons observer qu'on tiendra surtout compte des facilités d'absorption importante qu'elles font naître par la dénudation plus ou moins considérable de l'épiderme. La forme wilanique primera ici la nature de l'éruption, au point de vue de la porte d'entrée qu'elle ouvre aux agents si actifs que nous étudions, dont quelques-uns même pourraient devenir toxiques.

Le Dr Vérité, à qui l'on doit plusieurs travaux consciencieux sur les effets des eaux de la Bourboule, dit (2).

« Les effets des eaux de la Bourboule sont analogues à ceux
« que produit l'administration thérapeutique de l'arsenic; les
« sels fixes qu'elles contiennent ne diminuent pas l'action de
« l'arsenic qu'elles renferment. »

Nous renchéririons volontiers sur cette appréciation en disant que, loin de diminuer l'action de l'arsenic, elles la favorisent

(1) Gueneau de Mussy, Clinique, t. II, p. 350.

(2) *Bulletin des Annales d'hydrologie*, 1875-1876.

au contraire, et c'est précisément ce qui fait qu'il n'y a qu'analogie et non similitude.

« Heureux mélange, dit encore M. Gueneau de Mussy, heu-
« reux mélange d'éléments qui modifient puissamment la nu-
« trition et l'hématose, non moins utile dans les scrofulides
« que dans un grand nombre d'herpétides où le ton de l'orga-
« nisme a besoin d'être relevé, utile quelquefois aussi chez les
« arthritiques. Relever ou soutenir l'action nutritive est une
« indication qui se présente dans toutes les maladies chro-
« niques... » Dans la grossesse aussi l'action nutritive a besoin d'être soutenue ou relevée, et c'est dans ces cas-là, quand, à une dépression profonde, se joint encore une diathèse que nous recommanderons les eaux de la Bourboule, malgré ou plutôt à cause de leur puissante stimulation.

Voici quatre observations que je dois à l'obligeance du Dr Vérité ; elles feront bien ressortir la différence des résultats obtenus suivant le mode d'emploi de ces eaux.

Observation XVIII.

Mme de G... a eu trois enfants. Grosse pour la quatrième fois, au deuxième mois, elle vient à la Bourboule pour une bronchite chronique avec induration des sommets ; boisson : un verre et demi par jour en trois fois. Effet reconstituant, a engraissé. La toux a diminué. L'enfant est venu à terme très bien portant, ainsi que je l'ai appris plus tard ; mais les bains ont dû être suspendus, car ils provoquaient une petite perte de sang qui faisait craindre le retour des règles.

Observation XIX.

Mme C..., grosse pour la troisième fois au quatrième mois, a un eczéma des pieds ; anémie. Bains à 33°, boisson supportée froide, chaude, à la source, elle avait donné lieu deux fois à des efforts de vomissements. La grossesse suit son cours, sans incidents.

OBSERVATION XX.

Mme de C... envoyée aux eaux pour une affection de poitrine a eu trois enfants. Elle a un retard de trois mois, et son état me fait craindre un avortement. Cessation du traitement thermal. Je fais part de mes craintes à son médecin ordinaire, qui répond en insistant pour faire continuer le traitement. Malgré de grandes précautions, la fausse couche a lieu à trois mois et demi.

OBSERVATION XXI.

Mme M... est au cinquième mois de sa sixième grossesse; elle est venue surtout pour accompagner sa fille atteinte de kératite interstitielle. Sans prendre mes conseils, elle se livre à une véritable débauche thermale. Bains, douches, boisson à doses excessives (quatre verres par jour) pendant cinq semaines. Aussi ai-je appris, bien que ses cinq premiers enfants fussent venus tous à terme et bien portants, qu'elle a accouché d'un enfant mort, momifié, à près de dix mois. L'année suivante j'ai revu cette dame qui, malgré ma défense, but de nouveau l'eau de la Bourboule, mais à doses plus faibles (deux verres par jour). Après quinze jours de traitement, éruption arsenicale scarlatiniforme sur le tronc, les bras et les cuisses.

Ces quatre observations sont des plus instructives, elles montrent bien l'effet de l'eau de la Bourboule et ses inconvénients.

Bien qu'on ne saurait trop louer la sagesse du médecin qui a dirigé le traitement, on a pu voir dans l'observation XXI l'effet de l'absorption énergique de l'arsenic. La rapidité avec laquelle l'éruption caractéristique de la saturation de l'économie est apparue permet d'imputer la mort du fœtus l'année précédente à l'action de ce principe si actif.

Ainsi donc il faudra y réfléchir; nous aurons deux effets à craindre : 1° l'action abortive par l'excitation génésique; 2° l'action toxique sur le fœtus même.

Dans les migraines, les gastralgies, les dyspepsies, qui épuisent souvent les femmes, soit par des souffrances conti-

nuelles, soit par le manque de nutrition qui en est le résultat, nous emploierons de préférence Plombières. Si l'anémie est très prononcée, comme dans la cachexie paludéenne, ou simplement l'anémie consécutive à des fièvres intermittentes, nous aurons recours à Lardy (de Vichy) ou à la Dominique (de Vals), c'est-à-dire à des arseniatés ferrugineux; si au contraire il y a hyperesthésie vulvaire, nous aurions recours à des eaux plus indéterminées encore que Plombières, telles que Luxeuil, Néris (en se méfiant de la température), etc., et le Mont-Dore particulièrement pour les affections respiratoires et cutanées. De cette étude sur ces trois diathèses, il ressort que c'est dans la scrofule que nous emploierons les eaux les plus fortes, parce que la scrofule coïncide plus souvent avec l'atonie générale, avec le manque de réaction.

Dans les deux autres diathèses nous nous méfierons des eaux fortement minéralisées, principalement des sulfureuses, à cause de leur excitation sur le système nerveux, très irritable déjà la plupart du temps. Nous nous méfierons aussi des chlorurées sodiques fortes, à cause de leur effet sur l'appareil circulatoire et même des bicarbonatées qui poura voir une action débilitante à la longue, n'en offrent pas moins une période d'excitation, moins dangereuse, il est vrai, que celle due aux précédentes médications.

Nous pourrons au contraire être plus prodigue d'eaux à faible minéralisation. Comme nous le disions précédemment : plus l'organisme est affaibli, et mieux il supporte le régime des eaux; plus il est malade, et plus l'excitation physiologique se détourne en faveur du processus pathologique.

SYPHILIS.

De toutes les diathèses qui se transmettent au produit de la conception, il n'en est pas de plus accusée que la syphilis. Cette transmission montre ses effets à très courte échéance après la naissance, et plus souvent même pendant la vie intra-utérine.

Ici le fœtus est directement contaminé, l'enfant naît avec des signes de la maladie qu'il tient de ses parents, bien des fois il est tué par le virus syphilitique dans le sein de la mère. Le traitement antisyphilitique est impérieusement réclamé à toutes les époques de la grossesse, soit par les préparations hydrargyriques, soit par l'iodure de potassium, suivant la nature des accidents. D'après le Dr Mireur (de Marseille), le traitement mixte serait souvent utilisé avec succès.

Nous ne trouverons plus ici dans les eaux minérales de médication spécifique, mais de simples adjuvants du traitement, quelquefois des reconstituants, alors que les effets de ce traitement auront été dépassés ou que la diathèse en sera à la cachexie. Pour les femmes grosses, on suivra les règles qu'imposera la période de la syphilis, sans que l'état de gestation soit une contre-indication au traitement hydriatique. On choisira seulement ses moyens balnéaires, de façon à ne pas ajouter à l'absorption des principes médicamenteux des eaux, l'excitation des moyens mécaniques ou physiques. Quand la femme est en puissance de syphilis, quand elle a par exemple des accidents secondaires, ce qui est le cas le plus fréquent, je crois que le traitement hydrargyrique est suffisant.

Autrefois, l'on disait qu'on allait se lessiver aux eaux après le traitement mercuriel ; aujourd'hui des praticiens éminents se servent des eaux sulfureuses pour faciliter l'absorption des préparations de mercure. Elles permettent en quelque sorte de forcer la dose. Sous l'influence de cette double médication, l'organisme peut supporter plus longtemps l'administration de ces agents, si actifs, qu'on est quelquefois forcé d'en suspendre l'emploi, soit à cause de la salivation, soit à cause de la dépression constitutionnelle. On gagnera donc du temps, et il est précieux, si l'on veut combattre efficacement les terribles effets de la transmission pathologique. On s'adressera alors aux eaux sulfureuses faibles d'Enghien, de Saint-Honoré, ou aux eaux dégénérées de Luchon, d'Ax, de Cauterets, d'Amélie, quelquefois à Uriage, Marlioz, etc., rarement à Aix en Savoie.

Mais les eaux trouveront mieux leur indication dans les

vieilles véroles, surtout dans les véroles compliquées d'autres diathèses (scrofule, arthritis, herpétis), ce qui arrive souvent. « La vérole est un fumier qui favorise l'éclosion de tous les « germes diathésiques », dit M. Gueneau de Mussy; c'est alors contre ces germes diathésiques qu'il faudra recourir à des stations thermales appropriées.

J'ai déjà cité Luchon, Marlioz et toutes les eaux sulfureuses. Nous y ajouterons dans le cas de débilité profonde, d'anémie syphilitique, les arséniatées ferrugineuses, les cuivreuses et aussi les bicarbonatées, chlorurées et sulfurées ou arsenicales. Uriage conviendra quand la diathèse est moins évidente, ses manifestations moins récentes et masquées en quelque sorte par d'autres états. Mentionnons l'antique réputation d'Aix-la-Chapelle contre les vieilles affections vénériennes, auxquelles nous pourrions ajouter Challes et Gréoulx.

Contre les accidents tertiaires, les eaux sulfureuses bromoiodurées précédentes, auxquelles nous joindrons encore Saxon, ont une efficacité des plus réelles. Les commémoratifs seuls d'avortements antérieurs, avec quelques traces d'ancienne syphilis qui aura été légère ou forte, suffiront à faire prescrire un traitement thermal qui influencera favorablement l'économie. En dehors de toute apparence syphilitique le fait d'avortements nombreux et successifs, sans pouvoir mener une grossesse à terme, doit donner de fortes présomptions en faveur de l'idée d'antécédents vénériens. C'est alors que le traitement thermal donne d'excellents résultats. Le D[r] Mireur (de Marseille) m'a cité une dame d'Alger qui l'avait consulté dans de pareilles condition, et qui, après avoir fait huit fausses couches, accoucha enfin à terme après une saison à Saxon où il l'avait envoyée.

Dans cette diathèse acquise par la femme, les menaces d'avortement existent par le fait même de l'absorption du virus. L'organisme fœtal trouve là plus de dangers que n'en offre l'excitation génitale sur l'adhérence de l'œuf. Aussi, toutes les fois que la médication par les eaux sulfureuses qui sont les plus énergiques dans leur stimulation, ou par d'autres eaux, pourra modifier la diathèse, compliquée ou non, nous n'hésiterons pas

à l'employer, en tenant compte des règles de prudence, si souvent recommandées par nous.

Nous aurons encore une autre raison. On n'ignore pas qu'on a attribué le rachitisme, si souvent intra-utérin, à la transmission syphilitique; en tout cas cette affection osseuse reconnaît pour cause, du côté de l'hérédité, des conditions de santé mauvaise, chez les ascendants, la tuberculose, la scrofule, et la syphilis principalement.

C'était l'opinion de Broca, de Trousseau, c'est celle de M. Parrot. Nous sommes loin de l'exclusion de la tuberculose dans le rachitisme qu'invoquait Gubler! L'emploi des eaux minérales devant modifier ces conditions générales de l'économie de la mère. influera d'une façon heureuse sur l'avenir du fœtus. Il est difficile de juger cette question au point de vue pratique, par des observations. Celles-ci manquent totalement et l'on ne peut conclure *qu'a priori*. Il est permis de supposer pourtant, ainsi que l'avaient déjà signalé MM. Ricord et Diday, que l'âge de la maladie des parents, que les conditions de santé de l'un des procréateurs, doivent influer sur la transmission héréditaire de la syphilis, et en retardér les manifestations dans le nouvel être. Des récentes discussions académiques, on peut aussi conclure que ces manifestations retardées donnent lieu, à l'époque où le squelette est en pleine voie de formation, à des affections osseuses similaires du rachitisme, et la diathèse commencée chez l'ascendant se continuera chez l'enfant. Au point de vue philosophique, c'est une chaîne dont les premiers anneaux ne manquent pas, mais se retrouvent dans un organisme antérieur. Un pareil raisonnement conviendrait à ce qui se passe pour la scrofule, où l'on rencontre dans le premier âge des lésions d'une période avancée. Ainsi se trouverait confirmée la grande loi d'évolution des diathèses, formulée par Bazin, et ces faits en apparence contradictoires seraient des exceptions sans doute, mais n'infirmeraient pas la règle générale.

Trousseau, qui admettait que l'ostéomalacie n'était que le rachitisme des adultes, n'employait qu'un médicament qu'il jugeait souverain dans ses effets : l'huile de foie de morue. On

pourrait y ajouter des eaux riches en iode et en brome, et surtout en phosphates terreux pour remplacer en quelque sorte ceux que l'on retrouve dans la kyestérine. Celle-ci en effet est formée, comme l'a fait observer Gubler, principalement de phosphate ammoniaco-magnésien. C'est dans cette sorte de sécrétion que Trousseau trouvait la résultante de la destruction osseuse et, Gubler, la preuve du rachitisme gravidique. Le ramollissement du squelette pendant la gestation commande un repos à peu près absolu. Cependant, pour le cas d'antécédents héréditaires, alors que cette curieuse affection désassimilatrice du tissu osseux ne sera pas en pleine évolution, on pourrait envoyer les malades è Saint-Nectaire, au Boulou.

RHUMATISME.

Au point de vue doctrinal, le rhumatisme soulève bien des controverses. C'est d'abord sa nature diathésique qu'il faut distinguer de l'arthritis proprement dite, c'est-à-dire la diathèse goutteuse que Trousseau différencie même de la diathèse urique. Gubler prétend qu'on trouve autant d'urate de soude dans l'urine des rhumatisants que dans celle des goutteux, et dans son remarquable article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, M. Besnier réclame pour le rhumatisme « bon nombre de névralgies, de migraines, d'affections névro- « pathiques de tout ordre qu'on rapporte à l'herpétis. » La distinction n'est pas facile et ouvre un large champ à la discussion. Plus loin, dit-il : « Il reste acquis irrévocablement non « seulement que la puerpéralité prédispose la femme aux loca- « lisations rhumatismales, mais encore que les manifesta- « tions réalisées qui apparaissent dans ces conditions acquiè- « rent des caractères qui leur sont particuliers et comportent « un pronostic spécial. »

On sait la gravité de cette forme de rhumatisme dont la purulence est la terminaison la plus fréquente, mais pendant la grossesse qui s'éloigne par sa prédisposition aux phénomènes

nerveux, de cette tendance à la suppuration qu'on observe dans les suites de couches, le rhumatisme n'est pas sensiblement aggravé par l'état de gestation,

Les auteurs n'en font pas mention, et d'ailleurs les formes seules qui ressortissent à notre sujet sont les formes chroniques du rhumatisme vague, mobile, erratique, ou encore le rhumatisme noueux que Trousseau disait plus fréquent chez les femmes.

La détérioration organique crée une imminence morbide des plus manifestes en faveur de ces formes rhumatismales. C'est un fait sur lequel Gerdy (d'Uriage) avait déjà attiré l'attention des cliniciens. Et c'est précisément sur les malades de cette catégorie qu'on emploie avec succès les eaux à température élevée, sans tenir grand compte de leur minéralisation. Or, nous proscrivons les hyperthermales de la manière la plus formelle dans la grossesse ; nous n'aurons donc pas à nous appesantir sur cette médication. Il n'en sera pas de même de quelques indications spéciales à l'étiologie constitutionnelle du rhumatisme que nous pourrons attaquer par des eaux, non spécifiques, mais ayant des principes médicamenteux spéciaux.

Le Dr Lambron insiste sur l'action fortement réparatrice des eaux sulfurées. « Ces eaux, dit-il, donnent à l'économie la force « suffisante pour résister à cette cause morbide, en enlevant « aux différents tissus cette aptitude ou cette faiblesse qui les « rend tour à tour si propres à servir de siège à l'évolution « diathésique. »

Certes, ce serait tout bénéfice si les eaux sulfurées n'entraînaient pas avec elles les dangers que nous avons signalés. Toutefois, dans le cas où la réaction pourra être modérée par le mode d'emploi des eaux, bains tièdes, douches générales en pluie, sans pression, bains d'eaux *blanches*, *bleues*, etc., nous pourrions en user chez les sujets rhumatisants dont l'économie aurait été débilitée par la souffrance ou le défaut de nutrition. Quand nous aurons affaire à des femmes profondément lymphatiques, notre conduite se relâchera un peu de sa rigueur,

qui sera au contraire excessive devant des constitutions irritables.

Dans ces derniers cas, nous nous contenterons des eaux d'Aix (Provence) et de Dax (Landes). Nous y ajouterions Loèsches si le mode prolongé de balnéation qu'on y pratique ne nous paraissait contre-indiqué durant la grossesse.

DIABÈTE, CHLOROSE, ANÉMIE.

Le diabète des femmes enceintes n'est que transitoire, le diabète antérieur à la grossesse n'existe pas, par cela seul que le diabète par sa dépression constitutionnelle empêche la fécondation. Il n'y a donc rien de particulier à noter comme indication de l'emploi des eaux; nous retrouverons cette question à propos de l'hydrothérapie.

La chlorose, comme le diabète, est un empêchement à l'imprégnation, mais elle survient fréquemment, comme l'anémie, pendant la période gravidique. Elle peut jeter les femmes dans un état de délabrement extrême, de *cachexie séreuse*, si elle n'est pas traitée durant même l'époque de la grossesse. La médication ferrugineuse, ferrugineuse manganique, quelquefois ferrugineuse arsenicale, est indiquée formellement malgré l'opinion de quelques auteurs, qui craignent l'effet excitant de ces modificateurs. Cette manière de voir est combattue avec raison par Playfair.

Il est vrai que dans l'anémie et la chlorose, des congestions passives peuvent donner lieu à des hémorrhagies, fâcheuses pour la femme enceinte, en ce qu'elles ont le plus souvent lieu par les organes génitaux; mais le meilleur moyen de combattre ces phénomènes pathologiques, est justement l'usage du fer à l'intérieur et de l'hydrothérapie thermale ou proprement dite.

Dans certains cas, une erreur de diagnostic permet de reconnaître la justesse de ces considérations :

OBSERVATION XXII.

Mme O..., de M..., 22 ans, a eu déjà trois enfants. Le dernier qu'elle a allaité l'a beaucoup affaiblie, elle est même obligée de cesser de donner le sein. Retour des règles, puis retard de trois mois, anémie profonde. Plusieurs médecins consultés, entre autres, un spécialiste distingué pour les affections utérines, pensent que Mme O... est aménorrhéique par suite de l'appauvrissement du sang. On l'envoie à Saint-Moritz, où elle fait un traitement des plus consciencieux et ne tarde pas à sentir remuer (4e mois). Pourtant la grossesse se poursuit; elle accouche à terme d'un quatrième enfant bien portant (1876).

OBSERVATION XXIII.

On pourrait rapprocher de la précédente observation celle du Dr Migon, transcrite *in extenso* dans la thèse de M. Gabriel Nicolas, et dont le titre seul résume les points principaux. — (Obs. VIII. Éclampsie terminée heureusement par une application de forceps, 17 janvier 1866. Hémorrhagie grave après la délivrance. Guérison. Nouvelle grossesse, octobre 1867. Médication préventive par les eaux ferrugineuses de Passy-Auteuil. Bon résultat. Accouchement heureux et à terme sans accès éclamptiques dans la grossesse ni pendant le travail, 10 juillet 1868.

Dans cette dernière observation, le traitement ferrugineux thermal a dû sans doute influencer heureusement la gestation en agissant comme tonique, et luttant énergiquement contre la chloro-anémie, qui précède ou accompagne l'albuminurie éclamptique.

Cette médication était destinée à soutenir l'organisme et à le relever. Nous l'approuvons complètement, mais nous ferons une restriction pour toutes les indications des eaux ferrugineuses, surtout à l'extérieur, quand l'utérus ou seulement le col ne sera pas indemne. L'effet excitant est ressenti plus vivement par les organes malades et, ainsi que le recommande notre confrère de Vals dont nous avons reproduit la lettre si pleine de sagesse, nous devons nous abstenir absolument.

Les eaux ferrugineuses sont en très grand nombre; nous citerons, parmi les thermales : La Malou; pour les froides, nous n'aurons que l'embarras du choix : Passy-Auteuil, Forges, Provins, Bussang, Orezza (Corse).

Quand la chloro-anémie s'accompagne de nervosisme, on se trouvera bien des eaux faiblement minéralisées ou sulfatées calciques, telles que Bagnères-de-Bigorre, Ussat, quelquefois Saint-Sauveur (sodique), Luxeuil, Aix (Provence).

A l'étranger : Gastein, dont la thermalité est tempérée, Schlangenbad, dont les eaux ont 22°, « d'où l'on sort rajeuni comme un phénix, où la jeunesse devient plus belle, plus brillante, et où l'âge trouve une nouvelle vigueur » d'après le Dr Fenner. Si nos mondaines savaient cela?...

CONCLUSION.

On voit par l'étude qui précède que le problème qui nous est posé est fort complexe : d'un côté, deux organismes à protéger, soutenir, relever, préserver; de l'autre, une thérapeutique considérablement variée dans ses modes d'emploi, ses agents médicamenteux, son action physiologique, mais des plus dangereuses ou des plus efficaces.

A la fin de cette partie de notre travail, nous pouvons conclure :

1° D'une façon générale, la grossesse est une contre-indication à l'emploi du traitement hydrominéral;

2° La contre-indication cesse devant certains accidents, certaines maladies de la gestation, qui trouvent dans les eaux des remèdes curatifs ou préventifs d'une utilité incontestable, et quelquefois souverains;

3° Les indications de la médication thermale seront beaucoup plus nombreuses dans les états généraux, les diathèses, les affections constitutionnelles qui peuvent précéder ou accompagner la grossesse. Elles deviendront d'autant plus pressantes que l'influence pathologique sera plus menaçante pour la vie

de la mère ou de l'enfant, ou que des avortements successifs auront prouvé l'impuissance de l'organe maternel à mener à bien l'œuvre de la nature.

THALASSOTHÉRAPIE.

« Sous le titre de bains de mer, il faut comprendre un genre « de traitement des maladies chroniques mettant en usage des « éléments multiples et des procédés variés, qui en rendent « l'action et les indications souvent très différentes (1). »

Ces éléments multiples ont trait à la topographie et à l'exposition des côtes maritimes qui modifient la température et les autres conditions physiques de l'eau de mer.

Les plages fréquentées par les baigneurs, nous ne parlons que de la France, se divisent en celles du nord, plus froides, celles de l'ouest, d'une température plus douce, mais plus exposées aux bourrasques de l'Océan, et celles du rivage de la Méditerranée où, sous un climat plus clément quand elles sont à l'abri de l'influence réfrigérente du mistral, on trouve une eau marine moins froide encore.

Les premières, comprises entre Dunkerque et l'embouchure de la Loire, ont une température moyenne annuelle de 10,9, celle de l'hiver 3,95, celle de l'été 17,6; le climat est vif, saturé d'air marin.

Les secondes ont une température annuelle de 12,9, hiver 5°, été 20,6. Elles tiennent le milieu entre les premières et les stations du Midi. Celles-ci ont une température annuelle moyenne 14,8, l'hiver est de 7,5, l'été 22,6. Mais, ce qui les caractérise au point de vue hygiénique, c'est la présence d'un vent sec et violent de nord-ouest qui rend le climat fort inégal et moins saturé que ceux du nord et de l'ouest. Par contre, l'eau de mer y est plus dense et plus riche en chlorure de sodium.

(1) Dutrouleau. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Bains.

Par sa composition chimique, l'eau de mer se place tout à côté des eaux chlorurées salines, et n'était qu'on recherche plutôt d'autres actions thérapeutiques, jointes à l'inhalation de l'atmosphère saturée d'effluves marines, on pourrait confondre son histoire avec celle de ces eaux minérales.

Le bain de mer, en effet, agit à la fois mécaniquement, par l'agitation du liquide en contact avec la surface du corps; physiquement, par l'action de la température plus ou moins froide sur les tissus; chimiquement, par l'absorption respiratoire, si ce n'est cutanée, des principes salins. A ce dernier point de vue, nous nous trouvons encore en face d'une médication altérante et reconstituante. Excitante d'abord de l'appareil cutané, et aussi de la circulation, elle offre les dangers que nous avons signalés à propos de l'emploi des eaux chlorurées, avec une moindre intensité cependant. La thalassothérapie se place donc entre la médication thermale et l'hydrothérapie, ou plutôt elle tient de l'une et de l'autre.

Nous ne parlerons pas des bains de mer pris dans une baignoire et chauffés, quoique nous les recommandions dans les affections articulaires, à la fois scrofuleuses et rhumatismales; nous en avons obtenu d'excellents effets en conseillant de faire chauffer l'eau de mer au soleil, dans un endroit abrité, ce qui peut très bien se faire sur les rivages méditerranéens. Ce sont les seuls bains que nous permettions dans la coxalgie ou les tumeurs blanches des grandes articulations. Bien souvent, en effet, avant cette pratique, nous avions été frappé des récidives de nos malades, quand ils revenaient d'une saison de bains de mer. Était-ce la température trop froide, qui agissait sur l'élément rhumatismal? Pouteau conseillait, dans ces cas-là, l'usage des bains de sable chaud, sur les côtes de la basse Provence!...

Mais ce n'est pas généralement ces modes de balnéation qu'on a en vue dans le traitement marin. C'est le bain dans la mer avec le bénéfice de l'agitation de l'eau, du mouvement; « cette vie de la mer comme la thermalité est celle des eaux minérales. »

En somme, le bain de mer est un bain froid spécial, tonique et fortifiant. Il provoque le frisson, la gêne de la respiration, le

ralentissement de la circulation, la chair de poule, au début, puis le rétablissement de l'équilibre de toutes ces fonctions et un bien-être relatif, si l'on continue l'immersion. Mais si celle-ci se prolonge, de nouveaux phénomènes semblables aux premiers se reproduisent : c'est un second frisson qui l'annonce et qu'il convient même de ne pas attendre.

La durée du bain de mer avant que cette dernière sensation se produise, est fort variable. Plusieurs conditions peuvent la retarder ou l'avancer. Mettant de côté, bien entendu, les variétés individuelles, les mouvements, l'exercice de la natation, permettent de prolonger la durée du bain, en provoquant en quelque sorte une réaction dans l'eau même ; le défaut de mouvement, au contraire, rendra le corps plus sensible à l'impression du froid.

Ces phénomènes de concentration, provoqués par le froid, devront nous rendre circonspects dans l'emploi de ce moyen balnéaire durant la grossesse. Dans les eaux minérales, c'est la haute thermalité que nous redoutions, ici ce sera la basse température qu'il nous faudra éviter. A ce point de vue les bains tempérés des plages du Midi seront préférés par nous, quand il y aura indication de les ordonner chez les femmes enceintes.

Les bains de mer peuvent être simplement hygiéniques, d'autres fois curatifs.

Ces derniers s'adresseront surtout aux femmes dont l'organisme sera affaibli, comme dans les périodes atoniques de la scrofule, par exemple ; dont le sang présentera certaines altérations, ou certaine modification proportionnelle de ses éléments ; dont le système nerveux sera déprimé. Il ne faudra pas pourtant que ces états pathologiques aient jeté l'économie dans un trop grand degré d'adynamie, car il y aurait à craindre alors, surtout dans les stations froides, un manque de la réaction qui doit toujours être obtenue après l'usage des bains froids.

C'est dans les cas de moyenne dépression, de laxité trop grande des tissus, dans les périodes apyrétiques, bien entendu, des affections chroniques, dans la diathèse, ou le tempérament lymphatiques, que le bain de mer sera surtout indiqué.

Dans la chlorose, l'anémie, suivant le degré où en sera la malade, suivant le tempérament, on pourra user des bains plus froids des plages du Nord, à condition toutefois que la sensibitité ne soit point trop grande à une basse température. Les prédispositions devront toujours être considérées même pour les stations moins froides de l'Ouest ou plus abritées de la Méditerranée.

Nous croyons inutile d'insister sur les précautions qu'il y a à prendre dans tous les cas pour se baigner. (Immerger brusquement tout le corps, celui-ci n'étant pas en sueur, se sécher et se réchauffer même par des frictions après le bain, etc....)

Il est un point sur lequel je me permettrai d'insister. C'est que l'albuminurie est heureusement influencée par le séjour prolongé non pas dans l'eau, mais au bord de la mer. Les inhalations marines ont un effet vraiment des plus extraordinaires et des plus favorables sur cet état si grave. Nous avons eu l'occasion de le constater chez deux malades, dont l'une artiste célèbre, à qui nous avions recommandé de vivre tout à fait au bord de la mer. Nous ne doutons pas que ce ne soit à l'absorption du sel marin qu'ait été due la guérison de ces deux cas et nous ne saurions trop recommander ce moyen pour les femmes grosses, atteintes ou menacées d'albuminurie. On n'aurait même pas à craindre l'effet excitant des bains thermaux que nous avons déjà conseillés en pareil cas. Sous l'influence de l'atmosphère salée, les fonctions digestives s'améliorent; l'anorexie disparaît, l'appétit se réveille, l'assimilation se fait avec plus de facilité et l'anémie, compagne presque obligée de cet état pathologique si menaçant, tend à disparaître. C'est dire que nous conseillons les bords de la mer aux dyspeptiques et aussi aux tuberculeuses, si l'on a soin de choisir ces stations où récemment on a proposé de construire des hôpitaux pour les phthisiques. Nous sommes heureux de nous trouver dans cette opinion en conformité d'idée avec Brain. Il dit (1), en effet : « Nous avons signalé l'amélioration qui survenait dans la constitution

(1) *Loc. cit.*, p. 179.

de ceux qui, cessant de respirer l'air des grandes villes, allaient vivre dans l'atmosphère pure et fortifiante des rivages de la mer. Il n'est pas indifférent d'envoyer les sujets dans tel ou tel climat marin.

« Les plages du Nord avec leur température âpre, les variations fréquentes de l'atmosphère, ne sont utiles qu'aux individus doués d'une constitution assez forte pour pouvoir en supporter les atteintes. Mais aux sujets délicats, ou menacés d'une diathèse phymique, les plages du Midi seules conviennent. D'ailleurs, toutes choses égales, l'action, tant des bains de mer que des eaux minérales, est favorisée par un climat chaud, de sorte que nous préférons aux stations du Nord les stations analogues du Midi. »

Dans les métrites, les ulcérations du col, dans tous les engorgements des organes génitaux que l'on peut rencontrer aussi chez la femme grosse, nous proscrivons l'usage du bain de mer, comme trop excitant, comme agissant localement avec trop d'énergie, ramenant quelquefois l'hyperesthésie ou de nouveaux engorgements par le réveil trop brusque de l'activité circulatoire dans la sphère génitale.

Comme préventifs de l'avortement, chez les femmes qui y sont sujettes par la laxité des tissus, la mollesse des chairs, la pâleur de la peau qui suppose toujours un sang peu riche en hématies, les bains de mer ont une réelle efficacité. Pour les raisons que j'ai données, à propos des eaux chlorurées sodiques, je ne les conseillerai pas au début de la grossesse, à moins cependant que la femme ne soit devenue grosse dans le cours du traitement marin.

« Assez souvent les médecins de bains de mer sont consultés par des femmes qui, devenues grosses pendant leur cure, ou l'étant depuis quelques mois avant leur arrivée, désirent savoir si elles peuvent prendre le bain de mer. Pour les premières, il n'y a certainement aucun inconvénient à continuer un moyen qui n'a pas empêché l'imprégnation, et, peut-être même, lui a été favorable ; pour les secondes, il y a à examiner les antécédents et l'état actuel. Si de précédentes grossesses n'ont pu être

menées à terme pour cause de faiblesse constitutionnelle, et si la grossesse présente est accompagnée d'un état analogue, il peut y avoir avantage à prendre le bain de mer pourvu que la tolérance soit préalablement connue, qu'il soit court, pas trop répété et pris seulement par un temps favorable; nous basons ce conseil sur un assez grand nombre de faits (1). »

Cette règle de conduite est d'accord avec la pratique la plus sage et la plus circonspecte; nous y souscrivons entièrement. C'est, du reste, aussi la manière de voir de MM. Tarnier et Chantreuil. « Nous ne permettons les bains de mer qu'avec une certaine réserve : ils seront d'ailleurs d'une très courte durée ; ils devront être pris pendant une mer calme, et les femmes ne se livreront pas à l'exercice de la natation. » Cette dernière recommandation implique donc une température tiède, car l'absence de mouvements est très favorable aux refroidissements.

Observation XXIV.

Mme Nug..., cliente du Dr Girard, fit une fausse couche dans sa première grossesse, 28 ans. Son médecin lui ordonna les bains de mer, après la convalescence de cet avortement. A la fin de l'hiver qui le suivit, elle redevint enceinte et a pris des bains de mer sans tenir compte de son état et sans demander conseil à son docteur. Elle a accouché à terme d'un enfant bien portant.

Observation XXV.

Mme T..., femme d'un de nos confrères, a commencé cette année (1880) à prendre des bains de mer, sans se douter qu'elle pouvait être grosse. Elle a contiuué ses bains toute la saison, sans préjudice ni pour elle ni pour la grossesse, qui est venue à bien. C'est une femme anémique qui avait eu déjà trois enfants.

---

(1) Dutrouleau. Art. Bains.

Observation XXVI.

Mme Boyer vint me consulter pour savoir si elle pouvait prendre des bains de mer, quoique nourrice de son sixième enfant. Elle est mariée depuis sept ans, et, par conséquent, a été grosse toutes les années depuis son mariage. Elle est blonde sans être trop lymphatique. Dans toutes ses grossesses, elle a toujours pris des bains de mer, à partir du quatrième mois jusqu'au sixième, soit à Cette, soit à Marseille. C'est à cette pratique qu'elle attribue de n'avoir jamais fait de fausse couche.

Observation XXVII.

Mme E..., 40 ans, blonde, fille d'un père rachitique, n'a plus fait d'enfant depuis douze ans. Elle prend des bains de mer pour une anémie prononcée. Suppression de l'époque menstruelle, qu'elle attribue à l'eau froide ; elle continue cependant son traitement sans se douter qu'elle puisse être enceinte. La seconde époque manque encore, et, malgré le doute que son état fait concevoir, elle a des signes rationnels de grossesse. Elle accoucha à terme, en effet, d'un garçon bien portant.

Observation XXVIII.

Mme A. R... a eu cinq grossesses heureuses. Elle a nourri ses quatre derniers enfants, puis fausse couche ; nouvelle grossesse peu après cet avortement. Elle prend des bains de mer avec passion, se souciant peu d'avorter encore, se livre avec excès à l'exercice de la natation. Mais la nature déjoue ses calculs en lui donnant un nouvel enfant.

On voit, par les observations qui précèdent, que l'usage des bains de mer est souvent profitable à la grossesse, surtout quand on les prend dans les conditions que nous avons énoncées plus haut. Le cas de Mme A. R... est une exception qui ne peut modifier en rien la règle générale que nous avons tracée.

HYDROTHÉRAPIE.

D'après son étymologie, l'hydrothérapie devrait comprendre tout traitement où l'eau serait employée sous quelque forme que ce soit : intus et extra. Mais l'usage a prévalu et l'on entend généralement sous ce nom l'emploi de l'eau froide à l'extérieur.

Les moyens dont on dispose dans les établissements hydrothérapiques sont à peu près les mêmes, à la température près, que ceux des stations thermales. Nous n'examinerons cependant ici que l'emploi des bains froids et des douches générales. Nous proscrirons tout d'abord les douches et les bains locaux, les bains de vapeur, les étuves à sudation, etc..., qui sont à priori incompatibles avec l'état de gestation. Les bains russes, en effet, où la chaleur sèche, portée à un assez haut degré, précède l'immersion dans l'eau froide, sont un moyen qui nous paraît devoir entraîner des accidents nombreux chez la femme grosse. La température élevée, jugée à propos des eaux thermales, ne peut qu'être nuisible soit par l'excitation qu'elle produit, soit par la tendance aux hémorrhagies qu'elle provoque. Pour les mêmes raisons, nous repoussons le bain de vapeur avant la douche.

Les bains tièdes, à température indifférente, qui ne sont pas précisément compris dans le traitement hydrothérapique, auront une utilité incontestable dans le cours de la grossesse.

« Nous recommandons dans la plupart des cas, excepté au commencement de la grossesse, l'usage fréquent des bains généraux tièdes. Ce moyen prépare très bien à l'accouchement les parties génitales étroites, rigides, et rend plus supportable la tension parfois si douloureuse des parois abdominales » (1).

« Les femmes peuvent prendre des bains pendant toute leur grossesse, à moins qu'elles ne soient sujettes aux avortements ;

(1) Nœgelé, p. 125.

il faut seulement que les bains soient courts (15 à 20 minutes), et que leur température soit de 33° centigrades environ. Un grand nombre de créoles prennent chaque jour un bain de courte durée, sans qu'il en résulte d'inconvénients pour la grossesse » (1).

Joulin n'en permet qu'un par semaine à cause de la débilité qui pourrait s'ensuivre. Quoi qu'il en soit, les bains tièdes ont pour effet incontestable de diminuer la rigidité périnéale et, par le relâchement des parties qu'ils préparent, de faciliter la période d'expulsion. Ils pourront donc épargner quelques souffrances aux femmes à l'époque du travail et méritent d'être employés, et même vulgarisés, quand il n'y a pas de contre-indications. Celles-ci résulteraient de la laxité des tissus, de la faiblesse de la fibre utérine, mise en évidence par des avortements antérieurs.

Churchill (2) divise les désordres résultant de l'état de grossesse en trois classes:

1° Maladies de l'appareil sexuel;

2° Maladies résultant d'irritations réflexes;

3° Maladies résultant de causes mécaniques.

Contre ces dernières, nous ne pouvons rien par la balnéation, mais nous rechercherons dans les bains tièdes la médication sédative, antiphlogistique, pour les maladies de l'appareil sexuel.

Nous ne parlerons pas du rhumatisme utérin des suites de couches, contre lequel Cazeaux recommande l'usage des bains; nous sortirions de notre programme. Mais dans les inflammations de l'utérus gravide, le même auteur propose les bains de siège; nous leur préférerons les grands bains, avec ou sans canule vaginale.

Capuron mentionne l'emploi des bains dans le traitement du pyrosis, de la cardialgie. Nous y joindrons l'insomnie dans laquelle dernièrement l'usage quotidien des bains tièdes (de 20

(1) Tarnier-Chantreuil, p. 571.

(2) *Maladies des femmes*, p. 699.

minutes) pris le soir nous a donné d'excellents résultats. Mais la plupart du temps, c'est à l'hydrothérapie proprement dite que nous demanderons de modifier les maladies de la seconde catégorie, c'est-à-dire résultant d'irritations réflexes.

On ne doit pas oublier quel rôle important joue la peau dans l'équilibre des fonctions physiologiques. Les bains tièdes peuvent lui rendre certaines de ses propriétés; mais l'eau froide sollicitera la circulation et l'innervation du système cutané, et remplira de nouvelles indications.

Le bain froid est d'un usage très fréquent chez certains peuples. Les femmes du tropique, les créoles de nos colonies, en usent constamment quel que soit leur état physiologique : vacuité, grossesse, suites de couches. Les femmes de Java, par exemple, le fait est authentique, descendent au bord de la rivière pour faire leur enfant, le laver, et se laver elles-mêmes après la délivrance.

Le climat qui crée ces habitudes se prête à ce genre d'hydrothérapie qui serait dangereux chez nous. Beaucoup de femmes pourtant de ces pays qui viennent en France ou dans le nord de l'Europe conservent l'habitude de se baigner chaque jour dans l'eau froide, même à l'état de grossesse. Chez les Anglaises, cet usage est aussi fort répandu.

« Les bains froids n'ont pas d'inconvénients chez les femmes qui en ont l'habitude », dit Joulin.

L'habitude, qu'on a bien raison d'appeler une seconde nature, crée des prédispositions individuelles fort différentes, et telle femme peut être assez impressionnable à l'action du froid pour ne faire la réaction que difficilement. J'ai connu une dame à qui l'on a dû renoncer de donner des douches froides, quelque soin que l'on prît et quelque moyen qu'on employât pour arriver à faire réagir son organisme. Cette femme n'avait pourtant qu'une métrite chronique qui ne l'avait rendue que très peu anémique, et plusieurs célébrités médicales avaient été unanimes à prescrire l'eau froide. Je me hâte de dire que cette malade est une rare exception.

Voyons donc quelle est l'action du bain froid sur l'économie.

Au-dessous de 25°, les bains peuvent être considérés comme froids; mais entre 0° et 25°, il y a bien des degrés de température différente qui peuvent procurer des sensations différentes aussi. Les phases réactionnelles par lesquelles passera l'organisme, dans l'eau entre 10° et 14° par exemple, seront loin d'être semblables aux phénomènes physiologiques provoqués par un bain de 25° à 26°.

Les savants auteurs du Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale, au mot Hydrothérapie, le praticien distingué qui a écrit l'article Bains du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, ont parfaitement analysé ces différences et noté en détails tous les points physiologiques que fait naître cette importante étude. Nous y renverrons le lecteur pour la connaissance de ces points minutieux et nous retiendrons seulement qne les phénomènés de concentration sont d'autant plus vifs, plus brusques et plus marqués, que l'eau a une plus basse température.

Ces raptus violents qui déplacent rapidement le sang de la périphérie au centre, quoique pendant un temps bien court, peuvent avoir pour conséquence des désordres circulatoires préjudiciables à l'intégrité des vaisseaux utéro-placentaires. L'excitation trop énergique des terminaisons sensitives des nerfs cutanés est aussi capable de réveiller la contractilité utérine. C'est un double danger auquel il est prudent de soustraire la femme grosse : c'est pourquoi on nous permettra de ne pas insister sur le modus balneandi.

Autres sont les effets d'une température plus douce, de 15 à 18°, par exemple; mais hâtons-nous de le dire, c'est moins le thermomètre, expression brutale d'un chiffre qui mesure l'intensité d'un agent physique, que la prédisposition individuelle qu'il faut prendre pour point de comparaison, pour limite. Le même degré de température exercera une influence différente sur tel individu ou sur tel autre. — Ici c'est un organisme vigoureux qui opposera une grande résistance vitale,

là c'est une économie qui ne réagira que faiblement. Toutes choses égales d'ailleurs, on peut dire, en suivant la division des auteurs cités tantôt, que l'influence du froid exerce un même mode d'action sur la sensibilité, la caloricité et la circulation ; que cette action sera : coercitive des phénomènes vitaux, dans sa plus grande intensité ; excitante à un degré moyen ou simplement modératrice à son degré le plus faible.

La différence de ces effets, d'après Trousseau et Pidoux, dépendra du degré différent de sollicitation exercée sur la résistance de l'organisme contre les influences extérieures, résistance que ces auteurs ont proposé d'appeler « la spontanéité vitale ».

Il résulte de cet aperçu que c'est seulement à la médication excitative ou à la température que nous devrons nous adresser. A cet effet, nous permettrons les bains froids, très courts, entre 15° et 20°, ou plus prolongés entre 20° et 25°. Ces bains se prendront dans une baignoire, dans une piscine ou dans l'eau courante, par un temps chaud ou frais, toutes conditions dont il faudra tenir compte pour la durée de l'immersion, mais sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Un mode d'administration de l'eau, fort répandu en hydrothérapie, c'est la douche générale en pluie. Aux avantages que l'on retire de l'eau froide, ce moyen balnéaire joint encore la percussion périphérique et la facilité plus grande d'une réaction rapide. Moins la température du liquide sera élevée et plus courte sera la durée de la douche (trente secondes, une minute, une minute et demie). Si l'on se rapproche de la température de l'atmosphère, elle pourra être plus longue.

En résumé, que ce soit par le bain ou par la douche, dans l'emploi de l'eau froide (14°, 15°), c'est la réaction que l'on recherche ; dans l'eau moins froide (18°, 20°, 22°), ce sera l'effet sédatif. Dans le premier cas on fera appel à la medication excitante, dans le second à une thérapeutique tempérante, modératrice des fonctions vitales... L'hydrothérapie peut être hygiénique, préventive ou curative.

Comme hygiène, nous avons vu que les douches ou les bains

froids entraient dans les habitudes de quelques femmes de nationalités diverses.

« L'usage habituel et journalier du bain froid exerce la plus heureuse influence sur la santé » (Dutrouleau), c'est leur effet tonique, réconfortant que l'on recherchera. Citons encore le passage suivant du remarquable article de M. Dutrouleau. « Quant à la grossesse, nous n'avons jamais vu qu'un bain froid convenablement pris ait été la cause d'un accident quelconque qui lui fût raisonnablement imputable; le bain froid, comme les autres applications de l'hydrothérapie rationnelle, est, au contraire, le meilleur moyen d'atténuer et souvent de guérir la plupart des maux qu'engendre l'état de gestation, entre autres la dyspepsie, les vomissements, la chloro-anémie, le nervosisme, etc..., et de mener à bonne fin l'œuvre souvent si laborieuse et si accidentée de la nature. »

« Les Anglaises, dit Tarnier, continuent à prendre leurs bains froids, soit même leurs douches, lorsqu'elles sont enceintes, et cette pratique ne paraît pas avoir d'inconvénients. Il faut seulement que les douches soient données convenablement. »

Le Dr Vidard (de Divonne) vante l'innocuité de cette pratique, mais il me semble dépasser les bornes de la prudence en permettant aux femmes enceintes de se baigner chaque jour dans une piscine à une température de 6° à 8° centigrade. Cet auteur prétend que ces femmes s'en sont bien trouvées. Je veux le croire puisqu'il l'affirme, mais j'avoue que les moyens qu'il emploie dans son établissement me paraissent un peu excessifs.

Au point de vue préventif, nous emploierons l'hydrothérapie : chez les femmes qui ont une prédisposition aux avortements, qu'aucune cause pathologique ne peut expliquer; chez celles qui ont eu de nombreuses grossesses, surtout quand ces grossesses rapprochées n'ont pas permis à la matrice fatiguée d'accomplir régulièrement son involution et ont ainsi créé une aptitude à la fausse couche; chez les femmes anémiées ou affaiblies par des allaitements antérieurs; enfin, toutes les fois que nous jugerons à propos de donner du ton à l'organisme, toutes les fois que nous aurons à renforcer la fibre musculaire. Nous

emploierons donc cette méthode dans les mêmes cas où nous aurions recours aux bains de mer, mais où nous aurions à craindre l'excitation saline. Au lieu que le traitement marin sera appliqué aux organismes lymphatiques, atoniques, mais peu irritables, l'hydrothérapie sera réservée aux femmes nerveuses et excitables.

Chez les femmes irrégulièrement menstruées à l'état de vacuité, chez celles sujettes aux engorgements cervicaux ou périutérins, chez celles qui ont eu des hématocèles, nous conseillons l'usage des douches à l'exclusion de tous autres moyens balnéaires excitants, bains de mer, eaux minérales (un petit nombre de ces dernières excepté).

D'après la manière de voir du Dr Deblieu, basée sur une grande expérience, nous n'userons de ce moyen qu'avec la réserve et les recommandations que prescrit M. Beni-Barde. Ce dernier et savant hydropathe est, en effet, très circonspect à l'endroit de la grossesse dans l'application de cette méthode dont il est pourtant un ardent défenseur.

Observation XXIX.

Mme X..., pendant ses deux premières grossesses, était tellement faible et anémiée, que la marche lui était absolument impossible. Elle était obligée de garder la chambre. Au commencement de sa troisième grossesse, le même accident se montra, malgré l'emploi du fer, du quinquina et de tous les toniques. Elle vint alors habiter l'institut hydrothérapique d'Auteuil où M. Béni-Barde la soumit à un traitement par les douches froides. Les forces lui revinrent bientôt à tel point, qu'elle put faire des courses relativement longues sans éprouver de fatigue. Elle sortit de cet établissement en parfaite santé, pour aller faire ses couches dans sa famille.

Le Dr Deblieu (1), cité plus haut, n'admet pas l'emploi de l'eau froide après le cinquième mois. Jusque-là il n'en a vu que de bons effets; après cette époque, il craint les syncopes, le

(1) Le Dr Deblieu dirige un établissement hydrothérapique à Marseille.

réveil de contractions utérines, les déchirures des vaisseaux utéro-placentaires sous l'influence d'une sensation trop vive ou quelquefois d'un manque de réaction. Voici pourtant quelques faits de sa pratique.

Observation XXX.

Mme L..., de Smyrne, 28 ans, a eu une première grossesse interrompue au troisième mois. Elle vient en France où le Dr Magail lui ordonne les douches froides en pluie. Elle arrive au cinquième mois d'une seconde grossesse pour laquelle elle avait consulté notre confrère et se porte très bien. Elle repart pour Smyrne (juin 1881) où sans doute sa grossesse continue.

Observation XXXI.

Mme R..., 40 ans, a eu sept grossesses consécutives, puis une fausse couche. Très affaiblie et très anémique, elle redevient enceinte pour la neuvième fois. Douches tout le temps de la grossesse jusqu'au huitième mois, accouchement heureux à terme.

Une dixième fois, elle redevient grosse, même traitement, même succès.

Je m'empresse de dire que si j'avais été appelé à diriger le traitement hydrothérapique de cette dame, j'aurais fort hésité à employer les douches jusqu'à une époque aussi avancée. C'est aussi l'avis du Dr Deblieu, qui ne voulut pas en prendre la responsabilité.

Il faut voir là, sans doute, un cas moins exceptionnel qu'une habitude facilement contractée par l'organisme de n'éprouver qu'une faible sensation de l'action de l'eau froide. Cette tolérance s'observe quelquefois, mais n'est pas assez fréquente pour être érigée en précepte.

Observation XXXII.

Mme R. R..., 39 ans, d'origine arabe, femme du demi-monde, est épuisée par des excès vénériens, antécédents choréiques, utérus tou-

jours sain, pas de syphilis, anémie et état névropathique prononcés. Elle a eu trois enfants, puis est restée longtemps sans être grosse. Enfin à 39 ans elle le devient encore une fois et désire ardemment mener à bien cette grossesse. D'après l'avis de son médecin elle prend des douches générales dès le début et même avec le jet brisé sur les parois abdominales et les lombes. Les phénomènes nerveux qu'elle avait au début se sont modifiés heureusement. Bientôt l'appétit est revenu, les forces aussi. Elle a pu accoucher heureusement à terme. Le traitement avait été interrompu au cinquième mois.

Je désapprouverais complètement l'usage de la douche locale, si on ne l'avait fait ici avec les plus grandes précautions. Les parois abdominales très flasques se sont bien trouvées, paraît-il, de ce coup de fouet.

OBSERVATION XXXIII.

Mme P..., 35 ans, n'a plus eu d'enfants depuis dix ans. Retard des règles, mis sur le compte de l'anémie. Elle a le teint très chlorotique, la figure boursouflée, le tempérament lymphatique. Elle va consulter à Paris on lui ordonna un traitement hydrothérapique. Elle revint à son domicile à Marseille, où son médecin ordinaire insiste auprès d'elle pour qu'elle recommence les douches. Elle commence enfin son traitement après une seconde époque qui n'est pas venue. Elle s'en trouve bien et continue, mais les règles ne reviennent pas. Un jour elle sent remuer (4e mois) et va, tout effrayée, l'annoncer à son médecin qui, très partisan de ce système, lui conseille de ne pas discontinuer les douches malgré son état. Elle en prend ainsi avec succès jusqu'au sixième mois et accouche à terme. Depuis Mme P... a encore eu deux enfants.

OBSERVATION XXXIV.

Mme B..., 34 ans, a fait de l'hydrothérapie durant les premiers mois de sa grossesse qui s'était produite dans des conditions anormales et qui, au début, avait été prise pour une rétention du sang menstruel sous l'influence d'un refroidissement. Mariée en effet depuis plusieurs années, elle n'avait jamais été grosse. Premier mois, sangsues au col, douches froides en pluie; second mois, même traite-

ment ; pendant le troisième mois, les signes rationnels de la grossesse s'accusent. Continuation des douches jusqu'au quatrième mois. On suspend l'hydrothérapie. Accouchement à terme d'un enfant très fort.

OBSERVATION XXXV.

Mme P..., 35 ans, mariée depuis 7 ans, n'a jamais été grosse. Sous l'influence d'une émotion et d'une frayeur très grandes pendant la période menstruelle, suppression complète du flux. Ictère, état saburral et constipation. Douleur dans la miction. On ne peut, au début, soupçonner qu'elle est grosse. Ces phénomènes, d'ailleurs, coïncident avec une métrite du col. Leucorrhée vaginale. Douleurs de reins et dans la fosse iliaque gauche. Etat nerveux avec tic. Traitement antiphlogistique. Purgatifs salins, etc. Douleurs lombaires persistantes, ainsi qu'à l'hypogastre. Sangsues sur le col. Amélioration. Hydrothérapie. Grossesse apparente à quatre mois. On suspend le traitement, peut-être à tort, car elle accouche avant terme, à sept mois.

Ces observations que nous pourrions multiplier prouvent l'influence heureuse de l'hydrothérapie dans la grossesse. Le Dr Gamel et le Dr Guichard, de Choisity, qui tous deux dirigent des établissements hydrothérapiques, m'ont affirmé avoir observé nombre de fois des résultats analogues.

Au point de vue curatif, l'hydrothérapie a été préconisée surtout contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par Fleury. D'après ce qu'il dit, dans son Traité, le premier peut-être vraiment scientifique qui ait paru, il proposa ce moyen dès 1852, époque où il obtint un succès au bout de trois jours de traitement par les douches.

En 1856, dans une discussion académique sur l'avortement provoqué, il adjura les membres de ce corps savant d'essayer l'hydrothérapie, avant d'en venir à cette extrémité, pour guérir les vomissements.

Le Dr Dezon, de Toulon, à qui il en avait parlé, lui envoya trois observations où le traitement hydrothérapique eut un plein succès contre ces accidents et permit à la grossesse d'arriver à

terme. C'est sur ces trois faits, relatés dans son livre, qu'il basait sa manière de voir.

Dans la chloro-anémie, dans les dyspepsies, dans l'albuminurie, nous emploierons encore cette méthode thérapeutique, quand nous craindrons des autres agents salins dont nous avons parlé une action trop excitante, trop perturbatrice. Nous demanderons à celle-là le simple réveil des fonctions de la peau et l'action tonique qui résulte du froid et de la flagellation qui stimulent aussi, avec moins d'éclat que les eaux minérales ou les bains de mer, les fonctions des organes.

L'hydrothérapie trouvera donc ses plus sûres indications chez les femmes à tempérament nerveux, soit que l'on emploie les douches pour tonifier ou les bains sédatifs pour calmer les irritations réflexes.

Dans les névroses, dans les névropathies, nous ferons appel à ce moyen très efficace, auquel M. Béni-Barde a dû un très beau succès rapporté dans la thèse de M. Nicolas. Ici, malgré sa grande prudence, cet hydropathe a cru devoir continuer le traitement jusqu'au moment de l'accouchement. Il est vrai que les antécédents commandaient une médication énergique.

Observation XXXVI.

Mme C... est née de parents atteints d'aliénation mentale. Mariée jeune, elle a eu onze grossesses, pendant lesquelles des hallucinations, des vomissements se sont toujours montrés à un degré plus ou moins considérable. Au troisième mois de sa douzième grossesse, les mêmes accidents apparurent de nouveau. Il s'y joignit un délire de persécution qui était le suivant. Mme C... croyait que toute sa famille, conjurée contre elle, avait résolu de l'empoisonner. Ne prenant aucune nourriture, elle maigrissait de jour en jour, lorsqu'on vint consulter M. le Dr Béni-Barde, qui la fit venir à Auteuil. Des douches froides eurent raison de tous ces accidents. La malade reprit de l'embonpoint et quitta la maison de santé, quinze jours avant l'accouchement qui se fit à terme et heureusement.

Dans le diabète de la gestation, ou même s'il avait pu être

antérieur à la grossesse, on n'oubliera pas qu'on aura dans l'eau froide un moyen puissant de solliciter les fonctions de la peau.

Contre l'hydropisie de l'amnios, Burns conseille les bains froids, sans doute pour donner plus de ton à la fibre utérine et lui permettre de résister à la distension énorme des parois de la matrice; mais peut-être aussi pour diminuer la quantité de liquide par le fonctionnement plus actif du système cutané.

Par l'étude qui précède, on peut voir que nous montrons ici une sécurité plus grande que dans l'emploi des eaux minérales; nous sommes persuadé en effet qu'à moins de contre-indication absolue, tenant à l'état du cœur ou de la poitrine, ou bien à la difficulté de réaction, les femmes enceintes ne retireront que des bénéfices de cette active médication. Notre conviction est si grande que, dans les cas où elles ne pourraient se rendre dans un établissement, nous leur conseillerions la pratique du drap mouillé, pourvu qu'il soit appliqué d'une façon intelligente.

En terminant, nous dirons encore qu'il sera bon de tâter l'organisme avant de le livrer à l'action de l'eau froide, et qu'il faudra toujours éviter les extrêmes.

Pour être complet, nous avons à signaler ici l'emploi de la douche locale, non plus pour prévenir l'avortement, mais pour provoquer au contraire l'accouchement prématuré. Cette belle conquête de l'obstétrique moderne trouve en effet, dans les douches utérines longtemps prolongées, un moyen efficace de provoquer le travail.

APPENDICE.

Au moment où notre travail était terminé, le Dr Pirondi nous communique les deux faits suivants : L'un relatif aux eaux d'Aix (en Savoie), l'autre de Luchon. Ces deux observations ne modifient en rien notre manière de voir, mais viennent bien plutôt la corroborer. En effet, dans le premier cas, sous l'influence d'eaux à réaction énergique (Aix), et devant un orga-

nisme fort, un sang riche, la malade avorte; dans le deuxième au contraire, malgré la force de la médication thermale (Luchon), la grossesse alla jusqu'à terme par suite du secours apporté à la constitution.

Observation XXXVII.

Une jeune femme de 23 ans, mariée depuis plus de trois ans, a une première grossesse et arrive sans accidents à la fin du quatrième mois.

Douée d'un tempérament vigoureux, trop vigoureux même, elle est sujette à des douleurs rhumatismales violentes. Père, grand'mère et un oncle goutteux.

On lui fait croire que la grossesse ne pourra arriver à bon terme si elle ne se débarrasse pas de ses rhumatismes et, malgré l'avis contraire de M. Pirondi, elle part pour Aix-en-Savoie. Au bout de dix bains, nullement prolongés, a-t-on dit, il y a eu avortement.

Observation XXXVIII.

Mme X... âgée de 30 ans, de constitution délicate et nerveuse, mariée à l'âge de 25 ans, a eu de fréquentes atteintes de rhumatisme articulaire par suite d'un séjour de plusieurs années dans un pays très humide. Deux grossesses successives n'ont pu arriver à terme, et les deux avortements ont eu lieu à trois mois et à trois mois et demi.

A une troisième grossesse datant de trois mois, Mme X... part pour Luchon, s'y soumet à un traitement complet, et accouche ensuite d'un garçon bien constitué.

REVUE DE LA PRESSE

LE MASSAGE ET L'EXPRESSION
OU LES MANŒUVRES EXTERNES
DANS LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE DES PEUPLES ANCIENS

Par le Dr Engelmann (de Saint-Louis).

L'auteur, qui nous a déjà fait connaître l'obstétrique des Indiens (1), fait la remarque que le massage utérin et les manipulations destinées à rectifier les présentations fœtales, récemment méthodisées, ont été paratiqués de tout temps, depuis les anciens Hébreux.

A. — *Massage.*

Engelmann fait une histoire fort instructive sur le massage chez les anciens, pratiqué depuis le temps d'Homère, et recommandé par Hippocrate dans les entorses. Mais nous ne pouvons ici rapporter que ce qui concerne l'obstétrique. Le massage facilite la circulation et l'absorption, diminue la douleur, fortifie les nerfs, calme le système nerveux, et augmente l'activité physiologique sans dépense de force musculaire ou nerveuse pour le sujet qui s'y soumet; il semble qu'il stimule les muscles comme le fait l'électricité. Il calme l'excitation des parturientes, et la malaxation abdominale est fort utile dans l'inertie utérine. Elle est absolument innocente, elle augmente l'activité de l'utérus, hâte l'expulsion du fœtus, et, en maintenant la matrice en état de contraction, est une garantie contre les hémorrhagies. La pression sur le fond utérin, agissant comme une *vis a tergo*, rend de grands services dans les accouchements ; elle est à la portée de chacun, aussi les peuples les plus anciens l'ont-ils pratiquée.

(1) V. *Etude ethnologique sur la délivrance* (*Annales de gynécologie*, 1881, t. II, p. 146). (A. C.)

B. – *Histoire des manœuvres obstétricales externes.*

Les peuples anciens n'avaient à leur disposition que les manipulations externes. Ils ne pouvaient avoir recours qu'à cette *vis a tergo*, pour faire expulser le fœtus retardataire. Engelmann cite le passage d'Hippocrate où il compare le fœtus dans la matrice à une olive dans une bouteille à goulot étroit, qui ne peut sortir qu'en tournant son grand axe dans le sens de l'axe du goulot. Dans les cas de malposition fœtale, les anciens secouaient les femmes, espérant que l'enfant serait ainsi remué et se placerait plus favorablement.

En Grèce, la femme en couche s'asseyait sur un trépied, et la matrone, placée derrière elle, l'embrassait fortement par le milieu du corps, en frottant et pressant l'abdomen avec ses deux mains (1). Les médecins arabes anciens, et parmi eux Rhazès, recommandent le massage dans l'accouchement, et les tribus arabes actuelles, d'origine caucassienne, ont des matrones qui massent l'abdomen et les lombes. Les médecins américains âgés se rappellent les cas qu'ils ont vus dans les fermes de la Virginie, de l'Ohio et de la Géorgie; les maris entouraient la taille de leurs femmes pendant le travail et comprimaient l'utérus.

Chez les Indiens, à Mexico, dans l'Amérique centrale et méridionale, on fait encore de même, pour faciliter la sortie du fœtus, ou bien l'on masse pour rectifier la présentation. Chez les Kalmoucks, la parturiente s'accroupit au pied de son lit, et embrasse un pieu planté obliquement dans le sol : lorsque le travail commence, une assistante la prend dans ses bras et sur ses genoux en exerçant des pressions de haut en bas sur son abdomen. Si la patiente faiblit, on la place sur deux coffres, et un homme vigoureux, placé derrière elle, la serre aussi fort qu'il peut. Chez les Tartares, les matrones font pendre la femme par les bras, et compriment son abdomen avec des

(1) Cette pratique est semblable à celle rapportée dans le *Brit. med. Journ.*, 1882, t. II, p. 376, comme étant habituelle à Honolulu : L'homme âgé qui fait l'office de sage-femme prend la parturiente sur ses genoux, et la serre contre lui de toutes ses forces, jusqu'à ce que le fœtus soit expulsé sur le sol où il tombe. Il coupe alors le cordon, qu'il laisse très long; puis l'accouchée se lève sur ses pieds, et l'assistant exerce des tractions sur sa langue, jusqu'à ce que l'opérée ait des nausées, qui causent l'expulsion de l'arrière-faix. Après cela, l'accouchée va nager dans la mer, puis reprend ses travaux. (A. C.)

bandages ; quelquefois elles placent un poids lourd sur le ventre. Dans les Indes orientales, on malaxe le dos et les lombes, c'est ce qu'ils appellent *shampoo*. A Siam, au XVIIe siècle, on massait dans l'accouchement difficile : cette manœuvre qu'on fait sans aucune force, est désignée par Hureau de Villeneuve sous le nom de *long-fou*. Il dit qu'elle a pour but de diminuer la douleur, et il l'explique par une action réflexe. Chez les Japonais, l'*ambouk* est un massage du corps fait dans le but d'expulser le fœtus. Ils font aussi le *seitas*, ou version, destinée à rectifier, par des manœuvres extérieures, une présentation défavorable.

Les Malais placent des briques chaudes sur le ventre de la parturiente, et pressent de toute leur force sur les briques. Les Nouveaux-Calédoniens pressent violemment sur le ventre de la femme, et lui assènent des coups de poing, lorsque le travail est difficile. Au Sénégal, on s'asseoit sur le ventre de la patiente. Dans le vieux Calabar, la parturiente est assise ; la garde, les mains huilées, presse sur son ventre. En Kabylie, on ne fait aucune manœuvre dans l'accouchement ordinaire, mais on exerce des tractions sur les parties fœtales déjà sorties; si le travail est lent, une assistante appuie fortement sa tête contre l'abdomen de la femme.

Quelques Indiennes fixent un coussin sur leur ventre, puis se couchent à plat ventre ; d'autres appuient leur ventre contre une tige solidement fixée ; mais la méthode la plus commune est le massage du dos, des lombes et de l'abdomen.

C. — *Manipulations externes : massage, expression, chez les peuples anciens.*

Le procédé d'expression le plus ordinaire consiste à serrer le ventre de la patiente avec les mains jointes en avant, les bras faisant le tour de son corps. Ou bien ce compresseur vivant est remplacé par un bandage dont les extrémités sont tenues par un assistant, ou bien on roule sur le ventre de la patiente une corde ou un bâton, qui exerce ainsi une pression de haut en bas sur le globe utérin. Dans les cas plus difficiles, la patiente est suspendue à une corde, et une assistante, se pendant à son ventre, pousse l'utérus en bas.

Une autre pratique barbare consiste à piétiner l'abdomen de la parturiente, et à le charger de poids. Quelquefois, la patiente serre elle-même une ceinture autour de sa taille, ou s'appuie contre un po-

teau solidement fixé, ou se couche sur un coussin qui presse sur son ventre.

La constriction abdominale, faite par les bras d'un aide, se pratiquait chez les anciens Péruviens ; on l'emploie encore sur la côte méridionale de l'Amérique ; elle était habituelle chez les anciens Hébreux, à Rome, dans l'Italie du moyen âge, dans la Grèce ancienne et moderne. On la trouve en Afrique et dans l'Inde, rarement chez les Indiens d'Amérique, le mari étant trop paresseux pour faire ce travail pénible, dans quelques comtés d'Ecosse et le pays de Galles, dans les îles Sandwich, chez les Bédouins et chez les Kalmoucks russes.

On l'applique, soit que la patiente se tienne debout, comme chez les Sioux, ou qu'elle s'agenouille comme le font les Crows et les Comanches, ou qu'elle s'accroupisse comme les Nez-Percés et les Gros-Ventres, ou enfin qu'elle s'appuie sur les mains et les genoux comme les Kootenais.

Quelquefois, dans les montagnes de l'Allemagne, la femme accouche suspendue dans les bras de son mari, qui la tient par derrière et la soulève, en fléchissant son buste en arrière, de telle sorte que ses orteils touchent à peine le sol. Les mains de l'aide, jointes sur le fond de l'utérus, ont une grande force de compression. Chez les Sioux Brûlés, chez quelques peuplades iroquoises, la femme se pend au cou d'un aide qui la serre contre lui, avec ses mains jointes derrière elle. Les accoucheurs japonais font à peu près de même pour corriger les malprésentations à la fin de la grossesse, et ils malaxent l'abdomen.

Les insulaires sandwiches ont une méthode caractéristique : la femme est assise sur les genoux d'un aide, homme ou femme, qui la saisit par la taille, et presse en bas et en arrière, fortement pendant les douleurs, et relâche un peu sa constriction dans l'intervalle pour permettre au fœtus un léger mouvement de retrait. C'est ainsi que font aussi les Mexicains, les Andamanèses, quelques Indiens et les Burmèses.

Si la femme accouche à genoux, ce qui est l'habitude chez les Indiens, l'aide s'agenouille à côté d'elle ou se place entre ses jambes et presse de même sur son ventre. Cette coutume se retrouve dans le Kamtschatka et la Mongolie.

Dans les cas de travail retardé, on remplace quelquefois les bras d'un assistant par un bandage serré autour du ventre.

Le *Medical Times and Gazette* d'août 1861 décrit en ces termes un accouchement à Monterey, en Californie. « La femme était assise « sur une chaise et tenait dans ses mains une corde fixée au plafond. « Deux assistants tenaient chacun une des extrémités d'un bandage « placé sur son ventre et croisé en arrière ; ils devaient tirer forte- « ment, à mesure que l'abdomen diminuait de volume, et augmenter « la vigueur de leurs tractions dans l'intervalle des douleurs, dans « la crainte que le ventre ne reprît pendant ce temps la forme qu'il « avait auparavant. » On dit qu'on fait de même à Mexico, dans l'Amérique méridionale, et le nord de l'Inde.

Les Finns et les Kalmoucks, lorsque le fœtus ne progresse pas, l'expriment au moyen d'une bande qu'ils serrent fortement autour du ventre de la patiente. Les Klatsops n'emploient le bandage que pour la délivrance. Les Indiens Piutos entourent la taille de la femme avec une ceinture lâchement serrée ; lorsque la douleur paraît, ils poussent en bas cette ceinture, qui, de cette façon, presse sur le fond utérin, et le suit dans son mouvement de descente. Ils croient que c'est par un effet de sa volonté que le fœtus descend, et la ceinture, dans leur idée, a pour but de l'aider, et de l'empêcher de perdre pied dans ses efforts.

Une coutume qui paraît n'appartenir qu'aux Winebayos et aux Chippewas, est la suivante : dans les cas difficiles, assez fréquents chez les races mêlées, on fixe, en travers de la tente, une corde ou un long bâton qui sert à la parturiente, agenouillée, pour s'appuyer ; si ces efforts ne suffisent pas, on place la femme le ventre sur cette barre, et on la fait glisser doucement dans une direction horizontale. Dans les cas désespérés, les Siamois, les Tartares et les Coyotero-Apaches suspendent la patiente au moyen d'une bande placée sous les omoplates et passant sous les aisselles ; puis, une ou deux femmes, joignant les mains sur l'abdomen, se pendent, pour ainsi dire, au corps de la parturiente, exerçant ainsi une forte compression de haut en bas, sur l'utérus. Le Dr Reed, qui signale ce procédé, affirme qu'il n'a jamais eu connaissance d'un cas qui ait résisté à ce procédé d'expulsion. C'est peu douteux, car il faut que le fœtus sorte, soit par les voies naturelles, soit à travers la paroi abdominale.

Chez quelques peuples primitifs, on exprime le fœtus en mettant les pieds sur le ventre de la mère, les talons sur le thorax, les orteils sur le fond utérin ; le poids du corps de l'aide qui pèse ainsi sur la patiente exerce la force expulsive. Chez les Négritos des Philippines,

les Waswahali, les Siamois et les Burmèses, une vieille matrone, plaçant son pied gauche sur l'abdomen de la parturiente, tire avec la main droite sur le fœtus pour le faire sortir. Elle applique ainsi la *vis a tergo* et la *vis a fronte.* Sur les côtes du Pacifique, la parturiente presse elle-même son ventre avec ses mains, ou au moyen d'une ceinture; elle fait mieux que nos femmes civilisées qui empoignent leurs draps ou la taille d'un assistant.

La ceinture, qui n'est qu'un bandage, mais qui a sur lui l'avantage de pouvoir être appliquée par la parturiente elle-même, est en usage chez les anciennes tribus russes, chez quelques Indiens de l'Amérique, en particulier les Sioux, et spécialement pour faciliter l'expulsion du délivre. La femme qui vient de mettre au monde un fœtus se dresse sur ses pieds, les jambes écartées, puis serre elle-même la ceinture, dont la pression aide à l'expulsion de l'arrière-faix.

Les Indiennes de la vallée Uintah accouchent accroupies, et, aussitôt que le fœtus est sorti, la patiente, continuant à boire beaucoup d'eau chaude, se lève droite, place sur son ventre un linge plié, et, s'appuyant sur un pieu long d'un mètre environ, fixé dans le sol, exerce sur l'hypochondre une forte pression qui expulse le délivre (1). Les Crows, les Creeks, et quelques tribus agissent de même. La femme Negritos, qui ne peut se procurer l'assistance d'un médecin, appuie son ventre contre un bambou, qui, pour elle, remplace la main d'un aide. Les femmes des bords du Pacifique, qui vont et viennent dès le premier jour de leurs couches, marchent lentement avec un bâton; de temps en temps, elles s'arrêtent, et, mettant les mains sur leur ventre, pressent contre le bâton qui exerce ainsi sur l'utérus une pression qui facilite la sortie des lochies et comprime l'utérus.

Le décubitus abdominal paraît n'être adopté que par les Indiens Creeks. La parturiente attache un coussin sur son ventre, puis s'étend à plat ventre et serre progressivement la ceinture. L'utérus est ainsi comprimé par le poids du corps; le coussin s'oppose à ce que l'utérus remonte. A Céram, à Loango, et dans l'Afrique centrale, la parturiente se couche aussi à plat ventre, et, si le travail n'avance pas, quelqu'un monte sur son dos, ou bien on y place des poids lourds.

Le massage, manœuvre un peu moins primitive que les précédentes,

(1) V. les figures dans *Am. Journ. of obst.*, 1881, p. 312 et 313. (A. C.)

s'appelle *shampao* chez les Indiens, *cong-fou* chez les Chinois, *ombouk* chez les Japonais.

On l'emploie pour corriger les malprésentations fœtales, et pour stimuler la contraction des muscles utérins; on l'associe presque toujours avec l'expression; on s'en sert enfin pour procurer l'avortement, et surtout pour aider à la délivrance. Cette manœuvre est à peu près la même, quelle que soit la position de la patiente. La patiente est à genoux sur une sorte de tapis préparé pour elle et composé d'une peau de mouton sur laquelle on étend une couverture de coton et d'un *zarape*. A l'une des extrémités de ce tapis est disposé un coussin sur lequel la parturiente place sa tête, lorsqu'elle s'étend après la délivrance. La parturiente se tient à une corde attachée à une poutre de la cabane. La *partera* la plus exercée et la plus âgée des assistantes est à genoux devant la patiente; son rôle est de malaxer l'utérus, de presser sur son fond et de le frotter; de temps en temps, elle place son doigt sur la vulve pour préparer le coccyx. La plus jeune, *tenedora*, se tient à genoux derrière la patiente, serrant ses genoux contre ses hanches et exerce, avec ses mains jointes, une pression sur l'abdomen, pendant que la *partera* fait le massage. La *tenedora*, dans les cas de travail retardé ou de rétention du placenta, saisit la patiente, la soulève, la secoue comme un sac, sans la laisser tomber lourdement à terre, et comprime brusquement son ventre. Les Papagos font à peu près de même. Ces peuples semblent savoir que les tissus mous de la primipare ont plus de tonicité que ceux des multipares, et la soumettent à des frictions moins fortes. Les Gros-Ventres se servent de graisse de tortue pour les frictions; leurs mains, ainsi graissées, sont chauffées sur la braise, puis rapidement portées sur le ventre de la parturiente. Quelques peuples font les malaxations avec les pouces et même avec les poings. Les Chippewas, les Pieds-Noirs, les Yanktonais, les Sautees, les Dakotas, les Choctaws, les Chicasaws, les Séminoles, les Cheyennes, les Arapahoes, les Assinebanes ne semblent pas employer le massage. Mais les Indiens de l'Amérique, les Mexicains, les Américains du Sud, les Védas de l'Inde, les anciens Aïnos, les Japonais modernes, les Caucasiens, les Himalayens, les habitants des îles australiennes ou africaines s'en servent presque exclusivement.

Secouement de la parturiente. — Dans l'Inde méridionale, on secoue la patiente pour l'aider à accoucher, à peu près comme on le ferait

pour un sac pour en faire sortir de la farine. On va jusqu'à suspendre la malheureuse par les pieds, sans doute dans le but de permettre au fœtus de se dégager du bassin, de se retourner et de se présenter plus favorablement. Les Nez-Percés font l'inversion du corps, qu'ils répètent si elle n'a pas réussi; si plusieurs essais restent infructueux, la sage-femme introduit sa main et tire sur tout ce qu'elle peut saisir. Dans ce cas, la femme succombe presque toujours. Les Esthoniens soulèvent aussi la parturiente, et la secouent vigoureusement pour l'aider à accoucher. En Syrie, la malheureuse est roulée sur une couverture; si au bout de vingt-quatre heures elle n'a pas accouché, on la berce, on la secoue dans tous les sens.

Pression soutenue. — Les bandages sont moins fréquemment employé chez les peuples dont parle Engelmann, que dans les pays civilisés. Au Japon, les femmes grosses portent un bandage dès leur cinquième mois, afin d'empêcher le fœtus de trop grossir. Dans l'Inde et à Burmah, elles portent un bandage depuis le septième mois, afin que l'utérus ne remonte pas trop, et que le fœtus n'ait pas un trop long chemin a faire pour sortir.

Dans les suites de couches, le bandage paraît être peu employé.

D. — *Usages du massage et de l'expression.*

Une pression continue, nous l'avons vu, est exercée dans le but de prévenir un trop grand développement du fœtus; le massage est employé pour corriger les malprésentations. Au Japon — sans doute seulement chez les femmes riches — le médecin, dès le cinquième mois, fait chaque matin un massage vigoureux du ventre de la femme et de son dos, depuis la septième vertèbre cervicale jusqu'aux fesses. Le massage est surtout pratiqué pour produire l'avortement. Les Piutes, quelques Australiens, les habitants de la Sierra-Léone, les nègres Loangos procurent l'avortement par un massage violent ou des coups de poing, assénés sur l'abdomen. Il est remarquable que les accouchements d'enfants de sang mêlé sont souvent mortels pour la mère et pour l'enfant. Dans l'Inde et en Afrique, on fait souvent avorter une femme, lorsqu'elle est nourrice. On pratique presque toujours le massage dans *l'accouchement normal*, à moins que le travail ne soit très rapide, ou que la parturiente ne soit dénuée de secours.

Dans les *malpositions*, qu'on diagnostique par le seul fait que le

fœtus tarde à sortir, on emploie les moyens violents indiqués plus haut. Il se peut qu'ils réussissent à déloger le fœtus de sa mauvaise position, et le forcent à sortir. Comme la mère meurt nécessairement si l'enfant ne vient pas, ces peuples font tout leur possible pour le faire sortir. Il sort, en effet, le plus souvent, mais quelquefois par une rupture des organes maternels.

On continue généralement les manipulations de l'abdomen jusqu'après l'expulsion du placenta ; mais il ne semble pas, d'après les renseignements recueillis par Engelmann, qu'on fasse des massages après la délivrance. L'auteur termine son travail par un historique dans lequel il cite Phelippeaux, Wigand, qui a reconnu qu'on peut modifier la situation du fœtus par des mouvements extérieurs (1812) et qui ne fait que méthodiser ce qu'Hippocrate avait entrevu, et Rueff et Mercurion Scipion ; puis Wright, de Cincinnati, Braxton Hicks, Crédé, Kristeller, Martin, de Berlin, Suchard (1872) ; enfin, par un index bibliographique. (*Am. Journ. of. obst.*, 1882, p. 601.)

A. Cordes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Parrot lit un travail sur les résultats obtenus à la nourricerie des Enfants-Assistés, du 2 juin 1881, date de son ouverture, au 24 février 1882 :

86 enfants atteints de syphilis héréditaire ont été allaités à la nourricerie. Par suite de circonstances particulières, 6 ont pris exclusivement du lait de vache, à l'aide de biberons, un seul a guéri, les 5 autres ont succombé.

42 ont été nourris au pis de la chèvre, 8 ont guéri, 34 sont morts (mortalité 80, 9 pour 100).

38 ont été nourris au pis de l'ânesse, 28 ont guéri, 8 sont morts, (mortalité 26, 3 pour 100).

Ces chiffres mettent en évidence la supériorité du lait d'ânesse sur celui des autres animaux.

En matière de conclusion, M. Parrot formule les propositions suivantes d'un caractère éminemment pratique :

A défaut d'une bonne nourrice, l'allaitement direct aux pis des animaux peut rendre de grands services.

Il est franchement indiqué pour les enfants atteints de syphilis héréditaire.

L'ânesse, par sa sobriété, par la manière dont elle supporte la stabulation prolongée, surtout par la constitution chimique de son lait qui le rapproche beaucoup de celui de la femme, tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'allaitement artificiel.

Viennent après : la jument, la chèvre et la vache.

Une ânesse en pleine lactation ne peut nourrir efficacement que trois enfants, âgés en moyenne de 5 mois.

Le nombre des tetées dans les vingt-quatre heures varie de six à huit, il sera d'autant plus considérable que les enfants seront plus âgés.

Là où la chèvre pourra vivre en liberté et trouver ses aliments de prédilection, on la substituera sans inconvénient à l'ânesse.

Dans la thérapeutique de l'enfant, le lait d'ânesse doit tenir une place importante, il est particulièrement indiqué dans les affections gastro-intestinales ; exceptionnellement il remplace avec avantage le lait de femme.

Toutes les maisons hospitalières destinées à l'assistance des nouveau-nés et des enfants du premier âge, sains ou malades, devront être pourvues d'une nourricerie où l'on entretiendra proportionnellement à leurs besoins des ânesses et des chèvres.

Les locaux affectés à ce service seront disposés de telle sorte que l'étable où séjourneront les animaux soit d'un accès facile.

Une comptabilité régulière du poids des enfants, pris trois fois par semaine, donnera des renseignements exacts sur le mouvement de leur nutrition, et servira de point de départ aux modifications qui devront être apportées dans leur régime alimentaire.

Deux enfants et trois au plus doivent être soignés par la même personne.

M. Bouchardat a écouté avec beaucoup d'intérêt la lecture du travail de M. Parrot sur l'emploi du lait d'ânesse chez les nouveau-nés. Il signale les rapports du lait d'ânesse et du lait de femme et trouve très beaux les résultats obtenus ; peut-être cependant faut-il faire

quelque réserve. Il se peut, comme M Parrot l'a déjà laissé soupçonner, que le lait d'ânesse ne puisse être utile que chez les enfants nouveau-nés et que plus tard le lait de chèvre soit préférable. C'est d'ailleurs à l'expérience à décider sur ce point.

M. Tarnier indique sommairement ce que l'expérience lui a appris sur l'*allaitement artificiel des nouveau-nés à la Maternité.*

« Dans cet hôpital, dit-il, lorsqu'une femme est dans l'impossibilité d'allaiter son enfant, on confie celui-ci à une nourrice qui continue néanmoins à nourrir son propre enfant. Qu'arrive-t-il alors? C'est que cette nourrice continue à nourrir son propre enfant et qu'elle donne au nourisson le lait de vache dont elle dispose. Aussi les nourrissons dépérissent, présentent de la diarrhée, de l'athrepsie et meurent souvent. Navré d'un pareil état de choses, j'ai voulu avoir recours à l'alimentation artificielle. En 1880, j'ai obtenu de l'administration de l'Assistance publique que deux chèvres fussent mises à ma disposition. J'ai essayé de donner le lait de chèvre, soit pur, soit en le coupant de différentes façons. Les résultats ont toujours été plus que défectueux.

« J'ai essayé le lait de vache, pur ou coupé avec de l'eau sucrée, de l'eau ordinaire, de l'eau distillée, de l'eau chargée de mucilage, d'une décoction d'une substance féculente, j'ai toujours échoué. Il en a été de même avec les préparations intitulées lait condensé et la crème Beidert. J'étais découragé quand j'ai eu recours au lait d'ânesse, qui a été exclusivement administré à la Maternité depuis le 23 avril 1881.

« Dès ce jour, la digestion des enfants devint excellente, tout fut simplifié dans l'alimentation des nouveau-nés et la mortalité diminua manifestement.

« Je pense donc, que de tous les aliments employés dans l'allaitement artificiel, le meilleur est le lait d'ânesse qui, depuis plus de quinze mois, m'a donné d'excellents résultats. Mais, après six semaines ou deux mois, ce lait devient insuffisant, je crois, et il convient de le remplacer par du lait de vache convenablement coupé.

« D'une manière générale, si l'allaitement artificiel donne des résultats aussi désastreux que ceux qui sont partout enregistrés, c'est qu'il est mal, très mal conduit, au hasard, sans règle aucune ; la première chose à faire, à mon avis, est de supprimer le biberon, ainsi que je l'ai fait à la Maternité et de donner le lait au verre et à la cuillerée.

« Enfin, presque toujours, le lait de vache est mal coupé. Pour un enfant nouveau-né, pendant les huit premiers jours, il faut donner

un mélange fait avec un quart de lait au plus et trois quarts d'eau sucrée (5 grammes de sucre pour 100 grammes d'eau).

« Plus tard, ce n'est que peu à peu que la quantité de lait doit être augmentée pour arriver au lait pur lorsque l'enfant a six mois environ.

« En résumé donc, dans l'allaitement artificiel, le mieux, à mon avis, est de donner le lait d'ânesse pur pendant six semaines ou deux mois, puis du lait de vache coupé avec au moins moitié d'eau jusqu'à six mois, époque à laquelle on donnera le lait de vache pur. »

(*Séance du* 25 *juillet* 1882.)

Allaitement des nouveau-nés. — M. Tarnier, depuis la dernière communication, a reçu un nombre considérable de biberons et de boîtes de lait conservé.

Pour le biberon, quelle que soit sa forme, il nécessite, pour être inoffensif, des soins excessifs de propreté, et M. Tarnier préfère le verre ou la cuillère.

Les boîtes de lait conservé ne lui ont pas donné de résultats satisfaisants.

On lui a reproché de nuire à l'alimentation maternelle, en préconisant le lait d'ânesse. On a mal interprété sa pensée : il préfère l'allaitement maternel. S'il est insuffisant, il conseille l'allaitement mixte. Après l'allaitement maternel et mixte, M. Tarnier place l'allaitement par les nourrices, bon pour le nourrisson, mais mauvais pour l'enfant de la nourrice.

L'allaitement artificiel ne doit être accepté que faute de mieux, car il est mauvais.

Voici les résultats fournis par M. Bertillon :

En 1881, sur 60.856 naissances, 14.571 sont envoyés en nourrice hors Paris ; 46.285 restent à Paris.

Sur les 46.285 enfants restés à Paris, il en meurt 10.180, soit une mortalité de 22 p. 100.

Sur ces 10.180 enfants morts, 5.202 meurent d'athrepsie, par mauvaise alimentation ; 3.067 avaient été nourris au biberon.

Ces chiffres sont éloquents puisqu'ils montrent que sur 10.180 enfants, tandis qu'une moitié meurt par toutes les maladies possibles, diphthérie, pneumonie, etc., l'autre moitié meurt de mauvaise alimentation.

On ne peut savoir le nombre total des enfants élevés au biberon,

mais M. Denis-Dumont, de Caen, a fait des recherches pour son département, d'où il résulte que sur 9.611 enfants nourris dans le Calvados, 3,204 étaient élevés au biberon, et, sur ce nombre, 966 sont morts, soit 30 p. 100.

A Paris, il doit bien en mourir 50 p. 100.

Pour M. Tarnier, l'allaitement artificiel est mal conduit.

Le lait d'ânesse est celui qui, chimiquement, se rapproche le plus du lait de femme. En Hollande, il existe des étables d'ânesses contenant 30, 40, 80 animaux et le Dr Forster en dit le plus grand bien. A Berne, M. Denne en est également satisfait.

Un peu malmené à Paris par MM. J. Guérin et Delpech, le lait d'ânesse a repris un peu de faveur, grâce à la protection de MM. Parrot et Tarnier.

M. Tarnier estime à six semaines environ le temps pendant lequel on doit donner le lait d'ânesse; on peut ensuite le remplacer par le lait de vache, qui est moins cher.

M. Tarnier le fait administrer à la cuillère, M. Parrot préfère le faire prendre au pis de la vache, afin d'avoir du lait vivant. Est-ce bien exact? M. Tarnier l'a cru d'abord, puis il est revenu de cette idée. Pour lui, le lait n'est vivant qu'au moment où la cellule se rompt; une fois dans les conduits galactophores, il est mort.

L'allaitement au pis permet de supprimer le biberon; mais on peut employer le verre ou la cuillère et faire chauffer le lait.

Le lait d'ânesse coûte de 4 à 6 francs le litre.

Le lait de chèvre contient de la caséine qui se dépose en flocons volumineux, difficiles à digérer; en outre il sent mauvais, et manque quatre mois de l'année.

Le lait de vache est celui qui coûte le moins cher; mais quelle doit être la race de la vache? Combien de temps après qu'elle a mis bas peut-on donner son lait? M. Tarnier pense que la vache n'est bonne que pendant un an, car souvent elle devient phthisique au bout de ce temps.

Le lait doit-il être donné pur ou coupé? Les avis diffèrent. M. Tarnier préfère le lait coupé et il cite deux cas à l'appui de son opinion. M. Perron, de Besançon, estime qu'il faut donner le lait pur. M. Aumer, de Brest, pense qu'il doit être coupé de trois quarts d'eau. Ces deux messieurs ont fait chacun un mémoire pour défendre leur opinion et l'ont envoyé à l'Académie. Or, l'Académie les a récompensés tous les deux. Lequel a raison?

Avec quoi couper le lait? M. Tarnier a essayé tout, même des eaux minérales, rien ne lui a bien réussi. Il croit que ce qu'il y a de mieux c'est l'eau sucrée, afin de rendre au lait le sucre qu'il perd par l'adjonction de l'eau. Mais quel sucre? Le sucre de canne ou le sucre de lait? Il paraît que ce n'est pas indifférent et que, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, le sucre de lait est le moins bon, parce qu'il a pour effet d'amener la précipitation de la caséine sous forme de flocons volumineux de digestion difficile. Est-ce vrai? Quelques auteurs croient que l'eau albumineuse, le bouillon, produisent des dépôts plus petits, c'est encore à vérifier.

Pendant combien de temps faut-il couper le lait? On a dit six mois. M. Tarnier pense qu'on peut aller jusqu'à huit mois.

La température doit-être, selon lui, de 37°, température normale de l'individu vivant.

En résumé, il n'y a qu'incertitude sur cette question. M. Tarnier voudrait qu'il y eût à Paris une étable modèle comme il en existe à Stuttgard, à Francfort, à Genève.

Conclusions. — 1° La vie des enfants du premier âge ne peut être *bien* sauvegardée que par l'allaitement maternel. Celui-ci doit donc être encouragé par tous les moyens possibles.

2° Si le lait de la mère est insuffisant, il convient d'y suppléer par l'allaitement mixte.

3° L'allaitement par une nourrice, favorable pour le nourrisson qui est allaité, est dangereux pour l'enfant de la nourrice.

4° L'allaitement artificiel est de beaucoup inférieur à l'allaitement par le lait de femme, il est toujours entouré de grands dangers, quoi qu'on fasse et quel que soit le lait employé, en quelque lieu que ce soit; il ne faut donc y avoir recours que lorsqu'il est impossible de faire autrement.

5° Pour tâcher d'amoindrir les dangers fatalement inhérents à l'allaitement artificiel, il serait très utile que les nombreuses questions qui s'y rattachent puissent être expérimentalement étudiées par l'Académie elle-même,

6° Il est à désirer qu'une étable d'essai pour vaches et ânesses soit établie dans l'un des quartiers de Paris, et fournisse gratuitement aux familles pauvres de ce quartier le lait destiné aux enfants du premier âge.

7° Une statistique comparative montrerait bientôt quelle influence le lait, fourni par l'étable d'essai, peut avoir sur la mortalité des en-

fants ; si la statistique était favorable, la création d'étables modèles serait généralisée dans la ville de Paris, suivant les besoins de la population.

8° Une crèche destinée à recueillir les enfants abandonnés serait annexée à l'étable d'essai. Ces enfants y seraient élevés au moyen de l'allaitement artificiel, sous la direction d'une commission nommée par l'Académie et chargée de rechercher par quelles règles hygiéniques on peut tirer le moins mauvais parti possible de l'allaitement artificiel.

Cette crèche serait supprimée dès que la Commission aurait terminé ses travaux.

(*Séance du 26 septembre 1882*). Paul RODET.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

CONGRÈS DE LA ROCHELLE.

Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par la cautérisation du col utérin. — M. Mauny (de Mortagne-sur-Gironde) fait une lecture qui n'est qu'une suite à un mémoire publié en 1868 sur les vomissements incoercibles de la grossesse guéris par la cautérisation du col utérin. Il produit à l'appui sept observations nouvelles, toutes suivies de succès et n'ayant pas produit le moindre accident. En ajoutant les cinq premières observations du mémoire publié déjà par l'auteur, cela fait un total de douze cas scrupuleusement observés, tous exemples frappants de guérison et indemnes d'accidents.

De ces faits, le Dr Mauny se croit en droit de conclure qu'il est temps, en le vulgarisant, de faire admettre dans la pratique médicale un moyen thérapeutique véritablement héroïque et qui permet de sauver l'existence de malades vouées jusque-là souvent à une mort certaine.

M. Paul Landowski, sans vouloir attaquer la méthode préconisée par M. Mauny, voudrait un plus grand nombre d'observations, pour être bien certain qu'elle n'amène aucun accident, car l'on sait combien toute manipulation sur le col utérin d'une femme enceinte provoque fréquemment l'avortement. En tous cas, le procédé lui paraît devoir être exclusivement réservé aux cas graves.

M. Mauny insiste sur ce fait que, dans les douze cas qu'il a rapportés, l'avortement ne s'est jamais produit une seule fois. De plus, il est loin de vouloir appliquer sa méthode à tous les cas, puisqu'il a attendu quinze ans pour faire aujourd'hui cette nouvelle communication, et que, dans ce laps de temps, il n'a que douze observations dont quatre lui ont été communiquées par des confrères. Il a toujours attendu que la vie de ses malades fût en danger pour avoir recours aux cautérisations.

M. Petit (L.-H.) préférerait avoir recours aux inhalations d'oxygène proposées par M. Pinard, lesquelles, en trois ou quatre séances, sont parvenues à faire cesser tous vomissements. Si ces inhalations ne réussissaient pas, on pourrait alors avoir recours aux cautérisations.

M. Henrot recommande aussi, avant de procéder à ces dernières, de bien s'assurer des rapports entre le col et le corps de l'utérus.

De quelques affections de la portion cervicale de l'utérus, causes de stérilité. — M. Courty. Ce n'est pas toujours l'étroitesse des orifices du col qui empêche la fécondation. La portion cervicale est sujette à des troubles de sensibilité, de motilité, de nutrition (hypertrophiques ou atrophiques), de sécrétion, etc., qui peuvent être autant d'empêchements, soit à la pénétration, soit à la vitalité du sperme. L'auteur passe en revue toutes ces affections, dont on tient souvent trop peu compte, et il cite les moyens pour les combattre. Ces moyens sont efficaces plus souvent qu'on ne le croit, et ils dispensent du débridement dont on a un peu abusé depuis quelque temps.

Sur la méthode des tractions dans les accouchements difficiles. — M. Pros (de La Rochelle) présente à la section l'appareil obstétrical auquel il a recours dans certains cas difficiles, et qui lui a rendu maintes fois, dit-il, de véritables services. Grâce à cet appareil, il a pu obtenir vivants des enfants qui, pour plusieurs de ses confrères et pour lui, semblaient être voués à la craniotomie.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Ictère des nouveau-nés. — Le Dr Boardman Reed, de New-Jersey, discute les causes de l'ictère des nouveau-nés. L'ancienne théorie, qui

l'attribue à la rétention du méconium et de la bile, ne paraît pas fondée, car l'ictère ne se produit que plusieurs jours après la naissance et alors que l'enfant a eu plusieurs évacuations. Quelques Allemands croient qu'il est dû à l'abaissement de la pression sanguine, dans les capillaires hépatiques, à la suite de la cessation du passage direct du sang des veines ombilicales dans la veine porte. Au premier abord, cette théorie paraît plausible; car les expériences de Heidenhem et de Lichtheim prouvent que la diminution de la pression sanguine dans le foie, comme celle qui succède à l'inanition ou à l'établissement d'une fistule biliaire, peut produire la jaunisse. Mais ce changement de pression se produisant chez tous les fœtus, aussitôt après la naissance, la jaunisse devrait se rencontrer chez tous les fœtus dans les deux premiers jours de leur vie extra-utérine; elle ne s'observe cependant que chez un petit nombre d'entre eux et ne se développe qu'entre le troisième et le dixième jour.

L'ictère, d'après l'auteur, peut tenir à deux causes : la cause obstructive ou hépatogène et la cause hématogène. La première est la suite, comme chez l'adulte, d'un catarrhe du duodénum ou des conduits biliaires, ou d'une obstruction de ces conduits. Mais la cause la plus commune des cas graves lui paraît être hématogène. Voici ses motifs : 1° Il est un fait constant, c'est que les cas les plus graves de jaunisse infantile par obstruction s'accompagnent souvent de selles claires et de l'émission d'une urine forte en couleur, mais non d'hémorrhagie. D'un autre côté, on observe des cas d'hémorrhagies graves, alors que la jaunisse est légère.

2° Les cas d'hémorrhagie accompagnée d'ictère léger ne présentent ordinairement pas de signes accusés d'obstruction biliaire, comme les selles décolorées, etc.

3° Ils se produisent fréquemment chez les enfants nés prématurément ou faibles de constitution, nés de parents épuisés, à sang pauvre.

L'auteur a trouvé, sur 200 cas d'hémorrhagie spontanée par l'ombilic, 70 cas d'ictère. (*Supplement to the Am. J. of. obst.*, 1882, p. 161.)

Le Dr Montgomery rapporte un cas d'amputation utérine pour un fibroïde. La malade, femme de couleur, âgée de 46 ans, n'a jamais été enceinte; la tumeur a commencé il y a dix-huit ans, après un coup reçu sur le ventre; elle ne présente pas d'adhérences avec les

parois abdominales; l'hystéromètre pénètre à 180 millimètres dans l'utérus.

Le 17 mars, l'opération fut faite dans un nuage de thymol; incision de 78 millimètres ; la vessie adhérait à la tumeur; le col fut lié par un fil de chaque côté.

L'opérée faillit succomber avant la fin de l'opération ; ce n'est que grâce à des injections alcooliques et ammoniacales, faites par le Dr Parish, qu'on put la faire vivre jusqu'après l'occlusion de la plaie; elle mourut deux heures et demie plus tard.

A l'autopsie, on trouva 60 grammes de sérum sanguinolent dans le cul-de-sac rétro-utérin ; les reins étaient le siège d'une dilatation sacciforme; leur tissu était détruit ; l'un d'eux était plein de pus; les uretères étaient fort dilatés. Les ligatures utérines furent trouvées à 38 millimètres du museau de tanche. La tumeur pesait 16 livres.

(*Séance du 6 avril* 1882.)

Perforation de l'utérus gravide, sortie partielle du fœtus dans l'abdomen, par le Dr Baer. — Une semaine avant le moment où elle comptait accoucher, Catherine Curley tomba sur le dossier brisé d'une chaise. Le côté droit du ventre porta sur l'un des montants de la chaise, qui fit une perforation à l'utérus, tout en laissant la peau sans lésion grave. Trois mois après cet accident, Mme C... vit reparaître ses menstrues, qui revinrent régulièrement.

Cependant, elle s'émaciait, et fut prise d'une hernie, située au point contus, qui l'engagea à porter un bandage. Baer, en l'examinant, reconnut une masse circonscrite, remontant jusqu'à l'ombilic, et donnant à la palpation la sensation d'os mobiles les uns sur les autres. A droite de l'ombilic, existait une ouverture, du volume d'un dollar, qui paraissait traverser tous les organes, sauf la peau ; c'est en ce point que se trouvait la hernie. Col utérin petit, dur, un peu abaissé, regardant en avant, museau de tanche petit, circulaire, laissant sourdre un liquide jaunâtre un peu fétide. L'utérus était perceptible en avant et en arrière du col. L'examen bimanuel semblait faire croire que les restes fœtaux étaient encore en partie dans l'utérus. L'hystéromètre pénétrait jusqu'à la profondeur de 15 centimètres, et rencontrait une masse d'os lâchement attachés les uns aux autres. Baer diagnostiqua une rupture utérine, avec sortie d'une partie du fœtus dans l'abdomen, suivie d'un enkystement de cette portion qui, en restant dans l'ouverture, avait empêché l'hémorrhagie. Ainsi se trou-

vait expliqué le fait que le contenu utérin n'avait pas été expulsé, puisque l'on sait que, dans la rupture utérine, les contractions s'arrêtent.

La malade refusa l'opération proposée.

Le 16 décembre 1881, son état s'était un peu empiré ; elle avait de la fièvre le soir et des transpirations nocturnes.

Le 3 janvier 1882, elle se décida à entrer dans le service du Dr Goodell, qui confirma le diagnostic de Baer, et plaça une tente-éponge et quatre tiges de laminaria. Deux jours après, ayant enlevé la tente, il fit des efforts pour extraire le fœtus avec une pince ; mais il ne put enlever que des fragments fœtaux, l'enfant paraissant fixé quelque part. Le col se refermant, il fallut le sectionner pour permettre le passage des instruments et des débris fœtaux. Nouvelles tentatives d'extraction, faites avec la pince, et écoulement d'un liquide sanguino-purulent très fétide ; injection de permanganate de potasse, puis suspension de l'opération, la malade ayant déjà subi une heure et demie de chloroformisation ; continuation des injections antiseptiques.

Cinq jours plus tard, évacuation à peu près complète de la cavité utérine, au moyen de la pince ; puis examen digital de l'utérus, dont la cavité fut trouvée dilatée, rugueuse ; à droite, on rencontrait une perforation admettant deux doigts.

Enfin la malade se rétablit, après avoir eu plusieurs abcès, dont l'un dans l'orbite, qui lui fit perdre l'œil. (*Am. Journ. of obst.*, 1882. Suppl. d'août, p. 226.) (*Séance du* 1er *juin* 1882.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK.

Le Dr Janvrin raconte le cas d'une dame âgée de 40 ans, mère de plusieurs enfants, qui, outre une antéflexion utérine, souffrait d'une **coccygodynie**. Les deux derniers os du coccyx, sans doute à la suite d'un accouchement, étaient séparés du reste de l'os. L'auteur enleva le coccyx entier ; la plaie se cicatrisa lentement, mais l'opérée ne vit plus reparaître ses douleurs.

Le Dr Gillette, puis le Dr Garrigues rapportent chacun un cas de **coccygodinie**, guérie par des suppositoires à l'iodoforme.

Le Dr Robert Watts raconte un cas de **dysménorrhée** soulagée par l'enlèvement d'un hymen hyperesthésié, et le Dr Mundé, un cas d'a-

vortement, avec adhérence placentaire ; septicémie, curage de l'utérus, mort. (*Séance du 7 mars 1882.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG.

Le Dr H. Croom lit un mémoire sur **l'hémorrhagie funiculaire pendant le travail.** Ce genre d'hémorrhagie est fort rare et peu connu. L'auteur décrit deux cas qu'il a observés, dans lesquels l'insertion vélamenteuse du cordon sur le placenta a produit la rupture des vaisseaux pendant le travail. Le *diagnostic* est facile, difficile ou impossible, suivant la situation du vaisseau rompu.

Le *traitement* consiste dans la conservation aussi longue que possible, de l'intégrité des membranes, de sorte que la délivrance puisse se faire aussitôt après la rupture de la poche, ou au contraire, la rupture de la poche, suivant les circonstances du cas, qui demande une terminaison rapide.

Le professeur A. Simpson rapporte un cas de **Basilysis**, c'est ainsi qu'il appelle l'application de l'instrument de Guyon pour la céphalotripsie intra-crânienne. Il s'en est servi il y a deux ans, et s'en loue fort. Il a fait construire un instrument plus simple, qui permet de perforer la voûte du crâne, puis d'aller briser la base. Il nomme *basilyst* son instrument, qui se compose d'une tige d'acier, tenue dans un manche en bois, et terminée par une vis de 13 mill. ; une *épaule*, placée à la base de cette vis empêche la pénétration trop profonde de la tige. Le long de la tige est tracé un sillon destiné à recevoir une branche articulée avec la tige principale, à 115 mill. de l'épaule ; en pressant sur le manche on fait saillir cette branche, qui déchire les os. Le Dr Simpson se propose de perforer la voûte crânienne, puis, en pressant l'instrument, de perforer la base et de la briser aussi. La tête, ainsi réduite en fragments, s'affaisse, et peut être extraite avec le cranioclaste de sir J.-Y. Simpson.

Simpson rapporte le seul cas où il ait employé son instrument, la parturiente avait un diamètre conjugué de 70 mill., elle se remit bientôt.

Enfin, Simpson fait remarquer que son instrument est simple et d'une application facile

(*Séance de décembre* 1881).

Le Dr Milne Murray rapporte un cas difficile de présentation de la face, compliquée par une position rare des bras.

La parturiente accouchait pour la neuvième fois, le menton regardait à droite. Bientôt, sous l'influence des douleurs, il tourna vers l'articulation sacro-iliaque droite; une application de forceps, faite à ce moment, ne réussit qu'à obtenir un peu de progrès. Sept heures plus tard, le forceps de R. Simpson réussit à extraire la tête, la face sortant en travers. La sortie des épaules fut difficile, ce qui s'explique par le fait que les bras étaient étendus complètement derrière le dos du fœtus. Celui-ci fit quelques essais inspiratoires, mais ne vécut pas.

L'auteur croit que la position anormale des bras, en retardant la sortie du fœtus, a été probablement la cause de sa mort; elle a pu être aussi la cause de la malprésentation. La position des bras aurait sans doute rendu la version malaisée.

Le Président (R. Simpson) croit que la version, dans les cas de ce genre, est généralement préférable au forceps; il croit aussi que cette position rare des bras, avec l'extension de la tête, existait avant le début du travail.

Le Dr Croom conseille, dans les présentations faciales, de faire la rectification par manœuvres externes.

Le Dr P. Young conclut, d'après ses lectures, que le forceps, dans ces cas, ne donne guère de bons résultats; il est aussi partisan de la version, le forceps ne devant être employé que lorsque les manœuvres de rectification et la version sont impossibles.

Le Dr Berry Hart donne une table, renfermant 20 cas, dont il tire les conclusions suivantes :

12 fois, l'arrêt du fœtus se produisit au détroit supérieur; 8 fois, le bassin était déformé; le forceps fut appliqué 10 fois, 5 enfants et une mère succombèrent; la version fut faite 6 fois, un seul enfant mourut, et pas une mère; 4 fois le forceps échoua et l'opérateur dut faire la version ou la craniotomie; et 2 fois la version réussit, après un échec du forceps. (*Supplément to the am., Journ. of. obst.*, mai 1882.)

(*Séance du 25 janvier* 1882.)

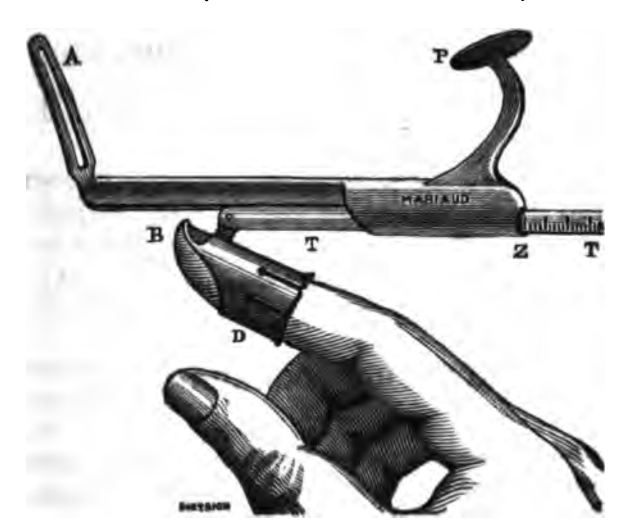
A. Cordes.

VARIÉTÉS

— M. le D[r] Crouzat a adressé à l'Académie de médecine un mémoire intitulé : **Nouveaux éléments de Pelvimétrie et de Pelvigraphie obstétricale**, et en même temps un instrument destiné à mesurer les rétrécissements antéro-postérieurs du bassin fabriqué par M. Mariaud.

Cet instrument, auquel le D[r] Crouzat a donné le nom de Pelvimètre direct à arc tangent au pubis, se compose de :

1° Une tige directrice graduée TT portant à une de ses extrémités un doigtier D, mobile dans tous les sens, terminé par une boucle B destinée à placer entre l'ongle et la pulpe du doigt, qui, par la disposition de l'instrument, conserve toute sa sensibilité;



2° Un curseur muni d'une poignée P sous laquelle se trouve un cylindre creux, dans lequelle glisse la tige directrice.

On lit en Z, extrémité du curseur, le chiffre marquant la longueur du diamètre mesuré.

A l'autre extrémité est un arc de cercle fenêtré, appartenant à une circonférence de 8 centimètres de rayon.

L'emploi du nouveau pelvimètre est très simple. On place l'index dans le doigtier, l'ongle sur la boucle B; on ramène le point d'attache du doigtier contre le cylindre d'articulation et l'on saisit le curseur, entre l'index et le médius, comme une plume à écrire; on introduit ensuite l'index de l'autre main dans le vagin, de manière à relever les parties molles, puis l'on glisse l'arc du curseur entre le doigt et le pubis, on retire le doigt et l'on saisit le curseur à la poignée. Le doigt qui porte la tige directrice va se placer contre le promontoire, l'on tire le cœur à soi avec douceur, mais en obtenant le plus grand écartement possible entre l'extrémité de l'index qui touche et l'arc du curseur placé contre le face postérieure du pubis.

— **Cours d'accouchements.** — MM. les Drs Ribemont et Maygrier, chefs de clinique, ont commencé, le lundi 2 octobre, un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° grossesse normale et pathologique ; 2° accouchements ; 3° opérations et dystocie ; 4° exercices cliniques et opératoires. S'adresser à l'hôpital de la clinique d'accouchements, 89, rue d'Assas.

— M. Loviot, recommencera prochainement son cours théorique et pratique d'accouchements, qui sera complet en deux mois, dans son local de la rue Hautefeuille, n° 10. S'adresser, pour les renseignements et pour s'inscrire, de 3 à 4 heures, rue Hautefeuille, n° 10.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic et traitement de l'ovarite chronique, par Lawson Tait. (*British medical Journal*, 29 juillet 1882, p. 161.)

Rétention d'un fœtus pendant six ans, extraction des os par l'anus, par Hough. (*British medical Journal*, 29 juillet 1882.)

Le gérant : A. Leblond

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

Par **T. GALLARD**, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris (1).

L'OVULATION
DANS SES RAPPORTS AVEC LA MENSTRUATION ET LA FÉCONDATION.

L'importance du rôle que joue la menstruation dans le fonctionnement du système génital de la femme, a de tout temps frappé les esprits, même les moins clairvoyants, et, dès l'antiquité la plus reculée, on a reconnu la similitude des phénomènes qui caractérisent la période menstruelle de la femme avec ceux qui se produisent, au moment de l'époque du rut, chez certaines espèces animales.

(1) Leçon d'ouverture du cours de l'année 1882-1883 (11 novembre 1882).

Seulement depuis le jour où Hippocrate a constaté que « la femme n'est devenue propre à la fécondation qu'après la première apparition des règles », plus de vingt siècles se sont écoulés, avant qu'on soit parvenu, non pas seulement à expliquer, mais même à pressentir la nature du lien étroit qui, en physiologie, unit ces deux phénomènes : menstruation et fécondation. Malgré l'obscurité du sujet, les opinions les plus divergentes, on peut même dire les plus contradictoires, n'ont pas manqué de se produire à toutes les époques, et lorsque Hippocrate, dont je viens de citer l'autorité, établissait, ce qui a été confirmé depuis par l'expérience de tous les siècles, que la fécondation ne s'opère qu'au moment de la période menstruelle, plutôt à la fin qu'au commencement, il ne se doutait probablement pas qu'il se mettait en contradiction avec Moïse, dont la loi interdisait les rapports sexuels au moment des règles. La fécondité des Hébreux prouve du reste que l'obéissance à cette loi a été bien souvent transgressée.

A ces deux faits d'observation hippocratique, auxquels il convient d'ajouter la connaissance acquise pendant le moyen âge de la congestion dont l'ovaire est le siège pendant la durée des règles, se borna, jusqu'à la fin du XVIIe siècle, tout ce que l'esprit humain avait pu élucider dans cette acte si mystérieux de la fécondation ; et encore les travaux si remarquables de Regnier de Graaf, de Jean de Horne, de Swammerdam, ses contemporains et ses émules, tout en éclairant d'un jour tout nouveau l'anatomie et la physiologie de l'ovaire, laissent-ils dans une obscurité profonde le mécanisme de l'acte même de la fécondation, sur lequel la lumière n'a commencé à se faire qu'environ deux cents ans plus tard, c'est-à-dire tout à fait de nos jours.

C'est à Négrier (d'Angers), il faut bien le reconnaître, que nous devons ce que nous savons aujourd'hui de net et de précis sur cet intéressant et délicat sujet. Il a eu des précurseurs qui peut-être ont préparé son œuvre ; il a eu surtout des continuateurs qui l'ont perfectionnée, en vulgarisant ses doctrines ; mais c'est bien réellement à lui, à lui seul, qu'appartient l'hon

neur d'avoir exposé scientifiquement la doctrine de l'ovulation dans ses rapports avec la menstruation et la fécondation ; doctrine qu'il a appuyée sur des faits rigoureusement observés et sur des démonstrations dont les recherches ultérieures n'ont fait que confirmer la rigoureuse exactitude.

Régnier de Graaf nous avait montré le travail qui se passe dans le follicule auquel il a donné son nom, au moment de la déhiscence de l'ovule, et il nous avait fait assister aux modifications qui se produisent dans l'ovaire au moment de cette déhiscence. Allant plus loin Négrier a établi qu'un ovule arrive à maturité et se détache à chaque époque menstruelle, et que c'est seulement à ce moment précis où l'ovule, mûr et détaché, opère sa migration, en quittant l'ovaire pour se diriger vers l'utérus, qu'il peut être fécondé.

J'ai dit qu'il avait eu des précurseurs :

Déjà Themmen soutenait, en 1781, devant l'université de Leyde, une thèse (1) dans laquelle il posait les premières bases de la théorie de l'ovulation, telle qu'elle a été développée depuis, en assimilant les corps jaunes au teste d'un fœtus qui aurait été expulsé.

Il attribue la cause de la menstruation a un travail qui se passe dans l'ovaire et dont il décrit l'évolution périodique et régulière. Il a remarqué que l'imprégnation devient plus facile pendant le cours de ce travail, sous l'influence duquel il se forme dans la cavité utérine une membrane qui disparaît s'il n'y a pas conception, qui dans le cas contraire est destinée à recevoir le germe, à l'empêcher de tomber au dehors en lui fournissant le support sur lequel il vient se greffer.

Après lui, Power, en 1821, dans un travail intitulé : *Essai sur l'économie de la femme*, avait bien parlé de l'évolution périodique de l'ovule, doctrine dont le Dr Girdwood constatait la réalité en 1826 ; mais les travaux de ces deux médecins étaient

---

(1) *De mensibus ex materia quadam peculiari ovariis secreta oriundis.* Trad. par Chereau. *Gazette hebdomadaire*, 11 juin 1875.

demeurés inconnus, même en Angleterre, comme celui de Themmen en Allemagne, et personne ne songeait à en tirer les déductions qui nous paraissent aujourd'hui devoir en découler si naturellement.

L'œuvre de Négrier peut donc, à bon droit, être considérée comme une véritable découverte, à dater de laquelle seulement la théorie de l'ovulation spontanée chez la femme a pris rang dans la science. Dès 1827 ce dernier auteur professait dans ses cours qu'une vésicule ovarienne se rompt chaque mois chez la femme nubile, et, en 1831, il communiquait cette théorie à la Société de médecine d'Angers. Plus tard en 1839, il déposait un mémoire sur ce sujet à l'Académie des sciences; il le faisait imprimer l'année suivante (1840), et les idées qu'il exposait parurent assez séduisantes, pour qu'on ait tenté de lui en contester la priorité, qu'il a su établir d'une façon irréfragable (1).

Au premier rang de ses continuateurs, il convient de ranger Raciborski, sans cependant lui attribuer une part aussi grande qu'il le prétend dans le mouvement qui se produisit alors. Nous devons, en effet, faire remarquer que ses travaux ne datent que de 1844, et que les pièces anatomiques ainsi que les planches déposées par lui au musée Orfila ne remontent pas au delà de l'année 1847, et sont ainsi postérieures de vingt ans aux premières recherches de Négrier et de huit ans à leur publication. Nous devons en outre retenir ce fait que Raciborski fut, en 1841, l'adversaire des idées de Négrier; qu'il chercha à les amoindrir en les indiquant comme postérieures aux travaux de Gendrin. Du reste la doctrine n'avait pas alors pris dans la science le rang qu'elle y a occupé depuis, car en 1842, Brierre de Boismont, tenant à peine compte des recherches de Négrier, se contentait d'y faire une très faible allusion, appelant la théorie du professeur d'Angers, une *ingénieuse hypothèse*.

(1) Les prétentions de Gendrin à cette priorité ne pouvaient pas être prises au sérieux, et il en a été fait de suite bonne justice, comme le prouvent les lettres échangées entre Négrier et lui, et publiées dans la *Gazette médicale* en 1839.

Grâce à cette hypothèse, cependant un fait capital est désormais acquis et établi sur les bases les plus irrécusables, c'est que l'évolution du follicule de de Graafe, qui se termine par la rupture et la déhiscence de l'ovule, constituant ce qu'on a si ustement appelé la « *ponte spontanée* », est un phénomène périodique, qui s'accomplit d'une façon régulière, à intervalles déterminés d'environ un mois ou à peu près, et que l'écoulement sanguin qui se fait par les voies génitales, d'une façon également périodique, se produit exactement aux mêmes époques. Cette coïncidence a permis d'établir une corrélation véritable entre les deux phénomènes, et voici comment la question s'est posée.

Ce phénomène de l'écoulement du sang par les organes génitaux est-il bien réellement la conséquence du travail qui se passe dans l'ovule au moment de la ponte, et y a-t-il entre eux une solidarité telle qu'ils ne se puissent pas produire l'un sans l'autre? La déhiscence de l'ovule ne pouvant se faire sans provoquer l'écoulement sanguin auquel on a donné le nom de *règles*; les règles ne pouvant apparaître que si elles sont sollicitées par le travail qui s'opère dans l'ovaire au moment de la maturité de l'ovule?

Cette question, qui paraissait parfaitement résolue dans le sens affirmatif, a été de nouveau remise en question dans ces derniers temps, et a donné lieu à des controverses assez retentissantes pour que nous nous trouvions dans la nécessité de la discuter à fond, et de rechercher, d'après les faits eux-mêmes, dans quel sens il convient de la résoudre.

Il est un premier point sur lequel tout le monde est à peu près d'accord, c'est qu'il n'y a pas de menstruation sans ovaire. Ce qui permet de penser tout d'abord que le flux menstruel est bien sous la dépendance du travail physiologique qui se passe dans cet organe.

Ouvrons les ouvrages les plus classiques, soit que par le nom même de leurs auteurs ils forment autorité, soient que plus modestement ils n'aient d'autre prétention que de résumer les points définitivement acquis à la science, et nous y verrons que :

Pour Courty « l'hémorrhagie menstruelle, l'hypersécrétion muqueuse qui la précède et qui la suit, sont pour le physiologiste des indices ou plutôt des symptômes, pour ne pas dire des signes irrécusables du travail qui s'accomplit dans tout l'appareil génital, concurremment avec la maturité et l'expulsion spontanée de l'œuf en prévision d'une conception prochaine (1). »

« Le moment où cesse l'écoulement sanguin coïncide avec celui de la rupture de la vésicule de de Graaf et de l'expulsion de l'œuf (2). »

« Si les ovaires font défaut ou sont peu développés, suivant Barnes (3), les filles ne sont pas menstruées..... La première rupture d'un follicule correspond à la première apparition des règles. »

Mathias Duval reconnaît que « sans ovaires il n'y a pas de menstruation » (4).

Scanzoni (5) est du même avis :

« Sous le nom de menstruation on comprend communément une série de phénomènes se manifestant dans l'organisme féminin, et ayant pour cause première l'évolution périodique qui a lieu dans une vésicule de de Graaf. »

Enfin Le Bec, qui, dans un travail tout récent (6), a recherché quel retentissement les opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès peuvent avoir par la suite sur la santé de la femme, définit ainsi la menstruation.

« A un point de vue plus scientifique, c'est un afflux sanguin déterminé par une congestion intense de la muqueuse de l'u-

(1) Page 314.

(2) Page 313.

(3) Barnes. *Traité clinique des maladies des femmes*, traduction par Cordes, p. 133.

(4) Mathias Duval. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. XXV, p. 487.

(5) *Traité des maladies des organes sexuels*, p. 259.

(6) Le Bec. *Recherches sur les suites éloignées des opérations d'ovariotomie* (*Archives générales de médecine*, 1882).

térus et des trompes de Fallope, coïncidant avec l'ovulation qui s'accomplit exactement au temps de la menstruation. »

Cette influence de l'ovaire sur la menstruation se démontre par ce fait, que la fonction ne s'établit pas chez les femmes qui congénitalement sont privées d'ovaires, et les faits nombreux consignés dans la science ne laissent aucun doute à cet égard ; qu'elle cesse aussitôt si les ovaires sont complètement détruits par une maladie, ou enlevés par une opération.

C'est ce qu'on a eu assez souvent occasion de faire dans ces dernières années, pour que je n'aie que l'embarras du choix parmi les nombreux exemples à vous citer de la suppression des règles après l'ablation *complète* des deux ovaires.

Sans nous arrêter à l'observation de ce châtreur de porcs qui enleva les deux ovaires à sa fille pour mettre fin à ses débordements, occupons-nous de faits plus scientifiques.

Des faits multiples plaident en faveur de cette idée que l'ovulation doit précéder l'écoulement de sang. Les filles castrées enfants, citées par les auteurs anciens, celles vues par Roberts, dans l'Inde, n'avaient pas de règles. Les femmes qui ont subi l'opération de Battey ont perdu leurs règles.

Tout le monde connaît le fait de la malade de Percival Pott, qui avait une double hernie ovarique. Les deux ovaires furent extirpés, à dater de ce moment la malade cessa d'être réglée.

Puech (1), dont on connaît les remarquables travaux sur tout ce qui a trait tant à l'ovariotomie qu'à la physiologie des ovaires, après avoir dit que « l'absence de menstruation est, aussi bien que la stérilité, un caractère constant de l'absence des ovaires », a soin d'ajouter :

« Non seulement les faits exposés l'établissent, mais encore il est confirmé par *tous* les cas dans lesquels on a dû pratiquer l'extirpation de ces organes. »

Kœberlé, lui, a écrit que « dans tous les cas d'ovariotomie double il y a aménorrhée et santé parfaite. » (Lettre particulière reproduite p. 122.)

(1) Puech.

Et nous voyons ce dernier auteur reproduire la même opinion dans ses écrits personnels en disant (1) :

« Lorsque les deux ovaires ont dû être enlevés, il survient de l'aménorrhée et une stérilité absolue. L'ovariotomie double est, en quelque sorte, suivie immédiatement de la ménopause sans que, d'ailleurs, l'état physique et physiologique de la femme se ressente d'une manière spéciale de la mutilation qu'elle a subie. »

Le même auteur ajoute que, si quelquefois la menstruation persiste, c'est qu'une portion d'ovaire est restée au-dessous du clamp. Il a vu le fait se produire deux fois.

Péan (2) a également remarqué que « si un seul ovaire est enlevé, la menstruation continue régulière par la suite, et la quantité de sang écoulé ne paraît pas diminuée. »

« Mais, lorsque les deux ovaires ont été excisés, il est exceptionnel de voir persister l'écoulement menstruel. Toutefois celui-ci ne se supprime pas toujours brusquement dès le premier mois qui suit l'opération ; on voit au contraire un effort hémorrhagique se produire souvent pendant plusieurs mois, en même temps que l'on constate qu'il perd sans cesse d'intensité. »

Après avoir résumé et analysé toutes les observations publiées, Le Bec arrive à cette conclusion : « Dans la pratique de nos maîtres, nous trouvons la preuve de cette aménorrhée à la suite d'une double ovariotomie. Il est avéré que c'est une règle générale, et c'est peut-être la raison qui fait que ces observations ne sont pas plus souvent publiées.

« M. le professeur Duplay, qui a déjà pratiqué un grand nombre d'ovariotomies, a eu la bonté de nous communiquer quelques-uns de ces cas, où l'absence totale de menstruation

---

(1) Kœberlé. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXV, p. 595.

(2) Péan. *De l'ablation des tumeurs du ventre, considérée dans ses rapports avec la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement* (*Gazette médicale*, 1880).

nous montre que c'est là la règle générale, on pourrait presque dire absolue. »

Et lorsque, à côté du résultat de ces grandes opérations nécessitées par une lésion organique grave et étendue des ovaires, on cherche ce qui se produit à la suite de cette opération non moins hardie, à laquelle Battey a donné son nom, et qui consiste dans l'ablation d'ovaires considérés comme sains, on voit que sur 59 ovariotomies doubles il y a eu :

Ménopause....................	53	fois.
Flux irréguliers................	4	—
Ovaire retiré en partie..........	1	—
Menstruation restant parfaite....	1	—

Ce qui revient à dire que, sauf un seul cas sur la signification duquel nous aurons à nous expliquer par la suite, cette opération, comme une ovariotomie double, faite complètement, conduit à un résultat précis, à la ménopause.

Il est inutile d'aller plus loin dans cette démonstration, et les faits que je viens de rapporter suffiraient, alors qu'ils ne seraient pas corroborés, comme ils le sont, pour établir la vérité de cette proposition, que, sans ovaire, il n'y a pas de menstruation. Mais tout en tenant de la façon la plus étroite cette fonction sous sa dépendance, l'ovaire n'est pas seul chargé de son accomplissement, et c'est sur une autre partie du système génital, sur la muqueuse utérine, que nous devons étudier les phénomènes qui la caractérisent plus particulièrement.

D'où il résulte que, s'il n'y a pas de menstruation sans ovaire, il n'y en a pas davantage sans utérus.

Puech (1) va même plus loin et dit que, dans l'*utérus pubescent*, il y a absence de menstruation, parce que l'utérus est mal conformé, quoique l'ovaire soit sain et présente des cicatrices indiquant qu'il y a eu ovulation.

Ceci est indiscutable. Aussi, pour qui veut bien se rendre compte de ce qu'est physiologiquement l'acte de la menstrua-

(1) *Annales de gynécologie*, t. I.

tion, est-il indispensable de l'étudier des deux côtés à la fois et de voir, non pas comme trop d'auteurs ont eu le tort de le faire, soit ce qui se passe dans l'ovaire, soit ce qui se passe dans l'utérus, mais bien ce qui se produit simultanément dans l'un et l'autre de ces organes.

Nous savons comment l'ovule se comporte dans l'ovaire, voyons maintenant quelles modifications subit la muqueuse utérine.

Le phénomène le plus important qui accompagne la maturité et la déhiscence de l'ovule, c'est l'écoulement d'une certaine quantité de sang par les voies génitales.

Je vous ai dit qu'au moment de la rupture de la vésicule de de Graaf, la circulation sanguine est considérablement plus active dans l'ovaire qu'à tout autre moment. Il se fait là un véritable raptus sanguin, et la congestion qui en résulte est d'autant plus violente, qu'elle est facilitée par la disposition toute spéciale des vaisseaux artériels et veineux.

Cette congestion sanguine s'étend, non seulement à la trompe, mais en même temps à tout le système génital, à l'utérus et au vagin, en même temps qu'aux autres organes. Elle finit par acquérir une intensité telle que, sur les muqueuses, là où les capillaires offrent le moins de résistance, elle détermine la rupture des capillaires et donne lieu à un écoulement de sang. Cet écoulement sanguin constitue LES RÈGLES, dont l'apparition périodique est en rapport avec la périodicité du développement des ovules, se succédant à des intervalles réguliers, dont la durée est d'un mois environ.

D'où vient le sang des règles? Je vous ai dit, dans une de mes leçons de l'année dernière, que, d'après Coste, il en afflue une petite quantité dans la vésicule ovarienne aussitôt après sa rupture et la chute de l'œuf. Une portion demeure dans cette cavité, où elle est résorbée, mais on comprend aisément qu'une autre portion suive l'œuf dans la trompe et glisse avec lui jusque dans la cavité utérine pour être, en même temps que lui, évacuée au dehors, à travers le conduit utéro-vaginal; on comprend aussi qu'une exhalation, provenant de la muqueuse

de la trompe, puisse, comme l'a dit Trousseau, ajouter quelques gouttes de liquide sanguin à celui qui vient de l'ovaire et lui faire suivre le même parcours. Mais, dans les conditions ordinaires, et à moins de circonstances pathologiques que nous aurons à apprécier par la suite, il ne peut venir de ces deux sources qu'une quantité de sang bien minime, eu égard à tout ce qui est évacué pendant la période menstruelle.

Il est aujourd'hui parfaitement établi que la plus grande partie, la presque totalité du sang des règles, est fournie par la muqueuse de la cavité utérine, et il suffit d'observer pendant quelques instants, au spéculum, le col utérin d'une femme pendant sa période menstruelle, pour voir le sang sourdre à travers l'orifice du museau de tanche. Mais il arrive aussi parfois que la muqueuse vaginale apporte son contingent et augmente ainsi d'autant la quantité de sang évacué au dehors. C'est ce qui explique les discussions qui ont eu lieu jadis relativement à la question de savoir si les règles ne venaient pas exclusivement, soit du vagin, soit de la matrice, ces deux opinions exclusives ayant eu leurs partisans, également convaincus.

La vérité est que tout le système génital interne participe à cette exhalation sanguine, à laquelle la muqueuse utérine prend la plus large part.

Au moment de la menstruation, cette muqueuse devenue plus molle se colore en rouge sombre ou violacé, elle se mamelonne, de façon à rappeler, dans une certaine mesure, l'aspect des circonvolutions cérébrales. En même temps, les glandes qui lui sont propres augmentent de volume, et leurs orifices, élargis, donnent à la surface utérine un aspect de crible.

On a avancé que l'hémorrhagie menstruelle est due à la dégénérescence graisseuse des éléments histologiques qui forment la muqueuse, dégénérescence qui, diminuant sa force de résistance, permettrait l'écoulement sanguin. Mais Léopold (1) a fait

(1) Léopold (de Leipzig). *The mucous membrane of the uterus during*

observer que c'est là un phénomène secondaire plutôt que primitif. Pour lui, il y aurait d'abord ramollissement avec épaississement de la muqueuse, hypertrophie des glandes qui sont dilatées dans tous les sens, aussi bien en longueur qu'en largeur, dilatation simultanée des espaces lymphatiques, et enfin production d'éléments embryonnaires nouveaux; tout cela précédant la dégénérescence graisseuse, laquelle ne se produirait qu'après l'hémorrhagie. D'après le même histologiste, la muqueuse ne s'exfolierait pas en totalité et, au bout de neuf à dix jours, elle serait revenue à son état normal.

C'est cette doctrine que Mathias Duval a résumée d'une façon très claire et très nette dans le passage suivant :

« L'épithélium de la muqueuse utérine à cellules cylin-
« driques, vibratiles, appliquées presque directement sur l'élé-
« ment musculaire, à peu près sans substratum conjonctif,
« sans chorion, est soumis a une chute périodique, à une mue
« mensuelle coïncidant exactement avec la chute ovulaire...
« Quoique l'hémorrhagie soit le phénomène le plus visible, il
« n'en est pas moins possible de considérer la menstruation
« comme une mue épithéliale sympathique de la chute sponta-
« née des ovules, qui eux-mêmes, ont aux yeux de bien des his-
« tologistes une origine épithéliale. »

Si elle se trouvait ainsi exposée, la théorie, qui se prétend nouvelle, par opposition à la théorie de Négrier qui est qualifiée d'*ancienne* et de *surannée*, pourrait être admise, car elle ne ferait que confirmer les faits acquis et démontrés à l'appui de cette dernière ; mais il n'en est rien.

On a prétendu d'abord, que le travail qui se fait dans l'utérus et celui qui se fait dans l'ovaire sont tout à fait indépendants l'un de l'autre. Les deux phénomènes peuvent accidentellement concorder, mais ce n'est pas la règle, et ils s'effectuent chacun de son côté à l'état normal. Si bien que la muqueuse se déve-

---

menstruation, pregnancy and childbed. (In *Archiv. für gynækologie*, XI, 1, XI, B. XII, 2.) — Analyse *In american J. of obst.*, avril 1878, p. 440.

V. aussi *Annales de Gynécologie*, t. X, p. 142.

loppe et s'exfolie d'une façon périodique et régulière, tandis que la maturité et la déhiscence des ovules s'opère d'une façon permanente sans aucune régularité. C'est l'opinion de Reves Jackson (1) et même de Scanzoni, pour qui la ponte ovulaire se continuerait même pendant le cours de la grossesse.

D'autres, allant plus avant encore, ont prétendu que, loin d'être sous la dépendance de l'ovaire, le travail qui se passe du côté de la muqueuse utérine tiendrait au contraire le phénomène de l'ovulution sous sa propre dépendance. Si bien que la menstruation loin d'être la conséquence de la maturité de l'ovule, la provoquerait et en déterminerait la chute. Cette doctrine a conduit à cette théorie assez étrange d'Aveling (2), baptisée d'un nom plus étrange encore, celui de « *nidation* ». Dans cette hypothèse, la muquense utérine s'épaissirait, se boursouflerait, formerait dans ses replis une sorte de nid, dans lequel viendrait se loger l'ovule qui ne serait sollicité à quitter l'ovaire que quand ce nid serait tout prêt à le recevoir. Tandis qu'un travail en quelque sorte régressif s'opérerait en sens inverse, lorsque l'ovule ne serait pas fécondé et ne se trouverait pas disposé à occuper le nid qui lui aurait été ainsi préparé. Le fait est absolument exact en lui-même, mais l'auteur n'oublie qu'une chose c'est que sa métaphore elle-même, si séduisante qu'elle soit, est la contradiction la plus formelle de sa doctrine. Il est très vrai que la construction du nid précède toujours la ponte, mais où a-t-il vu que les oiseaux pondent uniquement parce qu'ils ont leur nid préparé? N'est-ce pas le contraire qui est vrai, et le nid ne se prépare-t-il que parce que la ponte va se faire, que parce que l'œuf est prêt à sortir et a besoin de trouver ce nouvel asile.

Ces théories ont été combattues par Léopold lui-même dans des travaux plus récents, et voici comment il a exposé ce qui

---

(1) *American Journ. of obstetrics*, 1876.

(2) Aveling. *On nidation in the human female*, et *History of the menstrual decidua*. (*London*, *Obstetr. Journ.*, 1874.)

se passe du côté de la muqueuse, et la corrélation de ce travail avec celui de la ponte ovulaire.

« La membrane muqueuse s'hypertrophie lorsque le flux menstruel est sur le point de se produire.

« De 2 à 3 millimètres qu'elle présente comme épaisseur, dans la période intermenstruelle, elle atteint 6 à 7 millimètres au moment du flux menstruel, puis diminue d'épaisseur à mesure que le flux se produit, et lorsque la fin de ce flux arrive, la partie superficielle de la muqueuse se déchire, pour reprendre, deux à trois jours après la fin du flux, l'épaisseur quelle présente dans la période intermenstruelle, c'est-à-dire 2 à 3 millimètres. »

Les observations de Léopold et celles qu'il cite de Underhill et de Bischoff sont en désaccord avec l'opinion de Williams (2) qui admet que la muqueuse utérine est éliminée dans toute son épaisseur pendant la menstruation.

Les glandes s'élargissent pendant la menstruation, et deviennent flexueuses, le tissu interglandulaire est formé de cellules fusiformes avec de larges noyaux, elles ont subi une prolifération particulièrement active, dans les couches profondes avoisinant le tissu musculaire. Ce qui est caractéristique, c'est que les jeunes cellules envahissent toute l'épaisseur de la muqueuse, en même temps que l'on trouve des leucocytes dans les couches les plus superficielles, entourant les vaisseaux engorgés et s'étendant rarement au delà de la couche moyenne.

Les capillaires et les artères sont considérablement développés dans les couches superficielles. Au contraire, les veines sont rares et s'enfoncent directement dans le tissu musculaire.

Léopold (3), dont l'autorité ne saurait être contestée et qui a certainement étudié cette question avec beaucoup de soin, combat dans tous ses travaux l'opinion de Kundrat et de Engelmann, qui attribuent l'hémorrhagie menstruelle à la dégénérescence graisseuse des couches superficielles de la muqueuse, dégénéres-

(1) Williams. (*British Obst. Journal*, 1875, 23-24.)

(2) *Loco citato.*

cence qui ne permettrait pas aux vaisseaux de résister à la pression du sang, il n'admet pas l'existence d'une métamorphose régressive et explique l'écoulement sanguin de la façon suivante : pendant plusieurs jours, une extravasation des corpuscules sanguins rouges et blancs, provenant des capillaires superficiels dilatés, se produit dans les tissus environnants, et principalement à la surface de la muqueuse. De sorte que la partie superficielle de la muqueuse se désagrège et se sépare des couches plus profondes. Une grande quantité de sang, provenant des artères, gorge les capillaires, mais lentement à cause du cours flexueux des vaisseaux, son écoulement est limité à cause de l'énorme dilatation des capillaires et du petit nombre des veines de retour. Alors se produit la rupture des capillaires et l'issue du sang dans la cavité utérine, et de là dans le vagin.

Aussitôt après la cessation du flux menstruel, la muqueuse se régénère, et cette restauration se produit probablement dans l'espace de un à deux jours, attendu que la couche superficielle seule doit se reformer.

La régénération se fait par l'absorption du sang extravasé et la reproduction du tissu interglandulaire et de l'épithélium cylindrique à sa surface ; le même processus a lieu dans la dysménorrhée membraneuse, dans laquelle une portion plus considérable de la muqueuse est éliminée. Mais, même dans cette affection, Léopold pense que la membrane n'est pas expulsée dans toute son épaisseur, comme Williams (1) l'a indiqué même pour la menstruation normale.

A dater du dix-huitième jour, la muqueuse s'hypertrophie de nouveau, les vaisseaux diminuent de volume, mais les glandes s'allongent et deviennent plus flexueuses, et tout le tissu devient plus mou et plus lâche.

De la sorte, la membrane est dans un état continuel de modification de texture, mais on ne sait encore s'il existe des change-

(1) John Williams. *On the structure of the mucous membrane of the uterus and its periodical changes. London* 1875.

ments correspondants réguliers et périodiques du côté des ovaires.

L'auteur ne cherche pas à savoir quelle peut être la cause de la menstruation, ni à déterminer aucune théorie concernant la conception.

Il incline toutefois à croire que le follicule se rompt, et que l'ovule est expulsé peu de temps avant le début du flux menstruel, tandis qu'Engelmann pense que la rupture se fait dans les premiers jours du flux et considère que l'ovule fécondé appartient à la menstruation précédente.

La question est, comme on le voit, loin d'être entièrement résolue. Il y a peu d'années elle a été examinée d'une façon remarquable par Mundé, de New-York (1), qui l'apprécie en ces termes :

« Cette théorie (celle de Négrier, appuyée par Coste, Bischoff, Pouchet) était certes très plausible, et tellement même qu'un grand nombre d'excellents observateurs, encore aujourd'hui, répugnent à l'abandonner. Malheureusement, depuis un certain nombre d'années, des faits qu'on ne peut révoquer en doute sont venus la contredire et montrer qu'on ne peut accepter comme loi, que la menstruation et l'ovulation sont inséparables l'une de l'autre.

« Voici les faits qui contredisent la théorie :

« 1° Si un follicule de de Graaf se rompt à chaque menstruation, nous devons trouver les traces de cette rupture dans toute autopsie de femme morte pendant la menstruation ou aussitôt après.

« Malheureusement, cette rupture n'a pas toujours été observée. Des observateurs très minutieux tels que Coste, Ritchie, Ashwell, Paget, Bischoff, Williams et d'autres encore, n'ont pas toujours trouvé cette rupture.

« 2° Souvent l'ovulation se produit sans menstruation, comme par exemple lorsque la conception se produit pendant

(1) *Rapport sur les progrès de la gynécologie en* 1875 (*American J. of obstetrics*, 1876, p. 129, et trad. par Cordes, *Annales de gynécologie*, 1876.

la lactation ou chez les femmes qui n'ont jamais été menstruées ; des auteurs (Scanzoni) vont jusqu'à prétendre que l'ovulation se produit pendant la grossesse. Il n'y a pas de doute que des ovules soient expulsés à des périodes variables entre les époques menstruelles.

« 3° Dans ces dernières années, les faits se sont multipliés dans lesquels, après une double opération d'ovariotomie, la menstruation a néanmoins continué régulièrement pendant des années, et souvent même après l'âge ordinaire de la ménopause. Goodman, dans un excellent mémoire publié dans *Richmond and Louisville medical Journal*, décembre 1875, a recueilli 27 cas de cette catégorie, dans 10 desquels la menstruation ne fut troublée en aucune façon après l'opération. Dans l'une des observations de cet auteur, le flux augmenta, et dans une autre il subit une certaine diminution ; dans 2 cas il se produisit à des intervalles irréguliers.

« On a attribué alors la continuité de l'écoulement à la *force de l'habitude*, mais c'est là une explication qui ne satisfait pas et qui n'a rien de scientifique ; l'habitude, telle que celle qui se produit dans la défécation (Goodman) (1), a une cause que l'on peut analyser.

« Où donc est la cause de la menstruation, quand les ovaires qui président à la formation de l'ovule et partant à la menstruation, ont été enlevés ?

« Si donc la menstruation persiste après l'ablation des ovaires, il faut bien admettre que cette fonction ne dépend pas de l'ovulation.

« A cause de ces objections sérieuses et insurmontables à la vieille théorie et de l'importance scientifique du sujet, il n'est pas étonnant que des travaux considérables aient été publiés en vue de découvrir ce mystère. »

Ces objections, ainsi formulées par un auteur impartial et justement estimé, nous obligent à reprendre la discussion et à rechercher jusqu'à quel point les arguments dirigés contre la

(1) *The cyclical theory of menstruation* (*American Journ., of obstetric*, 1878.

théorie qui met la menstruation sous la dépendance immédiate et directe de l'ovulation peuvent être fondés.

C'est ce que nous allons faire en passant successivement en revue, d'abord les cas où il y a eu persistance de la menstruation en l'absence des ovaires, puis ceux où l'ovulation, se produisant manifestement, n'a pas déterminé le moindre écoulement menstruel.

(*A suivre.*)

DE L'EMPLOI DU SUBLIMÉ CORROSIF EN SOLUTION PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES.

Par **Ad. Olivier**, interne à la Maternité.

Depuis longtemps déjà on connaît la puissance parasiticide du sublimé corrosif. Récemment des expériences faites soit à l'étranger par Billroth, Bucholtz, Haberkorn, Kühn, soit en France notamment par M. Davaine (1), et rapportées dans l'ouvrage que vient de publier M. Vallin (2), ont appelé de nouveau l'attention sur ce sujet. Dans la séance du 9 août 1881, au congrès de Londres, notre excellent maître, M. le Dr Tarnier, s'exprimait ainsi :

« Quand une femme arrive, autant que possible, elle est mise dans un bain et lavée ; chef de service, interne, sage-femme et infirmière se lavent les mains dans un liquide antiseptique. Mais quel liquide doit-on préférer ? Afin de m'éclairer sur ce sujet, j'ai fait l'expérience suivante (3) : dans plusieurs verres, j'ai mis de l'eau phéniquée dont le titre variait ; dans d'autres, une solution d'acide borique ; dans d'autres, une so-

(1) Davaine. *Recherches sur le traitement des maladies charbonneuses chez l'homme* (*Bulletin de l'Ac. de méd.*, 17 juillet 1880).

(2) Vallin. *Traité des désinfectants et de la désinfection*, 1883.

(3) Cette expérience a été faite alors que M. le Dr Labat était l'interne de M. Tarnier, c'est-à-dire pendant le premier semestre de l'année 1880.

lution de bichlorure de mercure à 1/1000 (liqueur de Van Swieten) ; dans tous ces verres, j'ai ajouté un fragment de placenta et laissé macérer à température moyenne. En peu de jours tous les verres, excepté deux, contenaient des légions innombrables de microbes vivants ; les deux verres qui ne contenaient pas de microbes vivants étaient remplis par la liqueur de Van Swieten et par la solution d'acide borique à saturation (40 grammes par litre). J'ai la plus grande confiance dans l'action parasiticide dn bichlorure de mercure. Toutes les fois que mes mains me paraissent suspectes, aussi bien à l'hôpital que chez moi, je me les lave dans la liqueur de Van Swieten ; mes internes font de même, sans jamais éprouver le moindre accident hydrargyrique (1). »

Au mois de juin dernier, M. Tarnier résolut d'employer le sublimé au lieu de l'acide phénique pendant l'accouchement, et, dans certains cas, pendant les suites de couches.

Voici comment on procède à la Maternité depuis le 29 juin :

Toute personne, sage-femme, interne ou élève, entrant à la salle d'accouchement, se lave les mains dans la liqueur de Van Swieten. On n'a encore observé aucun cas de salivation. Lorsqu'une femme arrive à la salle, on commence, si c'est possible, par lui donner un bain, mais de toutes façons on lave très soigneusement toute la région génitale avec une solution de sublimé corrosif à 1/2000. Cela fait, on lui donne une injection vaginale avec cette solution portée à une douce température ; puis on recouvre la vulve d'une compresse imbibée du même liquide. Pendant le cours du travail, on renouvelle l'injection vaginale toutes les trois heures environ.

Lorsque l'accouchement est terminé et la délivrance accomplie, on fait une dernière injection et une toilette. On transporte l'accouchée dans la salle où elle doit passer ses suites de couches, et là, si l'accouchement a été normal, si tout se passe

(1) Depuis cette époque, M. Tarnier, dans son *Traité de l'art des accouchements*, a insisté à plusieurs reprises sur l'emploi du sublimé. Voir pages 703, 797 et 805.

bien, on se contente de faire trois ou quatre fois par jour une toilette avec une solution d'acide phénique à 1/80e, et on recouvre la vulve et les parties voisines de compresses imbibées de solution phéniquée. Mais si, au contraire, on a dû terminer artificiellement l'accouchement, s'il est resté quelques débris, de membranes dans l'utérus, s'il y a des eschares profondes et surtout si les lochies sont fétides, on se sert de la solution au sublimé corrosif dont nous avons donné le titre plus haut. On fait quatre, cinq, six fois par jour, une injection vaginale et des toilettes avec ce même liquide et on en imbibe les compresses.

Depuis le 29 juin jusqu'à ce jour, plus de 350 femmes ont été soumises à ce traitement : sur ce nombre, une seule est morte ; mais l'autopsie a montré qu'elle avait eu anciennement une péritonite, dont il restait de nombreuses traces, qui avait pu être pour quelque chose dans l'apparition de celle qui avait emporté la malade.

Toutes ces femmes ont été suivies avec le plus grand soin par Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité. Voici ce qu'elle a remarqué : dans les cas où les lochies étaient fétides, il a presque toujours suffi d'un jour ou deux pour détruire toute fétidité; lorsqu'elles s'accompagnaient de fièvre, on la voyait tomber très rapidement. Le travail de l'involution utérine a semblé se faire plus rapidement, et dans un grand nombre de cas, lors du départ des femmes, du dixième au quinzième jour, elle a constaté une fermeté toute particulière du col utérin, qui était presque complètement reformé. On a examiné tous les jours les gencives des malades et dans aucun cas on n'a observé de gingivite, il n'y a jamais eu de ptyalisme.

Dans trois cas on a vu apparaître une éruption hydrargyrique au pourtour des organes génitaux externes et sur la face interne des cuisses. Il a suffi de supprimer les compresses et de saupoudrer les surfaces atteintes avec de la poudre d'amidon pour voir les phénomènes s'amender rapidement et disparaître. C'est là un accident de peu d'importance, et l'on sait qu'avec l'acide phénique il n'est pas rare de voir survenir de l'érythème.

On a vu plus haut que, dans certains cas, on fait des injections

vaginales avec la solution de sublimé : un des élèves de M. Tarnier, M. le Dr Ribemont, ayant à donner des soins à une femme atteinte d'infection putride, n'hésita pas à faire des injections intra-utérines avec la liqueur de Van Swieten, et la malade guérit sans présenter aucun phénomène d'intoxication mercurielle. Il y a quelques jours, une femme entrait à la Maternité et expulsait un fœtus de quatre mois environ; l'utérus revenant immédiatement sur lui-même emprisonnait le placenta. Le lendemain, une portion du placenta faisait saillie dans le vagin et se putréfiait, les lochies devenaient fétides. Le surlendemain matin, frisson violent, fièvre intense, langue sèche, face terreuse; la plus grande partie du placenta proéminant dans le vagin, nous l'extrayons, et, enhardi par le succès de M. Ribemont, nous faisons une injection intra-utérine avec la solution de sublimé à 1/2000. Nous réitérons l'injection vers le soir et retirons encore une portion de placenta. Deux heures après nous constatons que la température qui, le matin, était à 40°, était tombée à 39°. Le lendemain matin, la température était à 37° et le pouls à 76. A partir de ce moment, l'état général s'est amélioré progressivement et aujourd'hui elle est hors de danger (1).

Les résultats obtenus jusqu'à présent sont assurément très bons, mais M. Tarnier ne pense pas qu'on doive s'arrêter là; il croit que les linges, les matelas sont remplis de microbes qu'il serait nécessaire de détruire, et il pense que le sublimé pourrait être l'agent destructeur.

Depuis quelques années, l'attention des hygiénistes est attirée sur cette question de la désinfection des matelas; de nombreux procédés ont été préconisés: c'est ainsi que M. Vallin dit que le procédé le plus simple et le moins coûteux serait de les traiter par la vapeur ou l'air chaud. M. Lefranc (2) conseille

(1) Tout récemment, dans un cas identique, nous avons employé le même traitement avec un égal succès.

(2) Lefranc. *Des laines de couchages au point de vue hygiénique* (*Recueil des mémoires de médecine militaire*, octobre 1879, p. 510).

de soumettre les matelas à des fumigations d'orpiment et d'acide sulfureux, et il fait suivre les fumigations d'un lavage à l'eau froide légèrement alcaline ou phéniquée, soit un kilo d'acide phénique cristallisé et 40 kilos de carbonate de soude dans 40 mètres cubes d'eau pour 10 quintaux de laine.

On sait qu'au pavillon que M. Tarnier a fait construire dans les jardins de la Maternité, les matelas sont en balle d'avoine et que, lorsqu'une accouchée quitte sa chambre, la balle d'avoine est détruite et la toile soigneusement lavée. A la grande Maternité, il n'est pas possible d'agir ainsi, parce que les matelas sont en laine et crin. Voici le procédé de désinfection que M. Tarnier se propose d'employer sous peu : on va construire une cuve cimentée pouvant contenir plusieurs matelas ; on remplira cette cuve d'une solution de sublimé qu'on laissera en contact avec les matelas. Cela fait, on les portera sous un courant d'eau de façon à entraîner ce qui restera de sublimé dans le crin et la laine, puis on les placera dans une étuve, presqu'achevée aujourd'hui, jusqu'à siccité complète.

Quant aux draps et aux linges qui auront servi aux accouchées, on les fera baigner successivement dans la solution de sublimé et dans l'eau pure, puis on les enverra à la buanderie pour être lavés.

M. Tarnier espère avoir de la sorte des matelas et du linge complètement aseptiques, et diminuer encore la mortalité qui s'est déjà très fortement abaissée depuis quelques années.

Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont assez satisfaisants pour l'engager à persister dans l'emploi du sublimé, et nous sommes convaincu que celui-ci est appelé à remplacer avec avantage l'acide phénique dans la grande majorité des cas.

REVUE CLINIQUE.

LIPOME DE LA RÉGION THORACIQUE SIMULANT UNE GROSSE MAMELLE SURNUMÉRAIRE ; ABLATION RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION.

Par M. **Polaillon** (1), professeur agrégé de la Faculté de médecine.

La nommée M..., Louise, âgée de 31 ans, repasseuse, entre le 13 mars 1882 à la Pitié. Elle présente, immédiatement en dehors et au-dessous du sein gauche, une tumeur dont le volume équivaut à celui de la mamelle. La tumeur est séparée de cette dernière par un sillon dans le fond duquel la peau est immédiatement appliquée sur la paroi thoracique. Sur la tumeur elle-même, la peau est saine, mobile, et a conservé son aspect normal. La production morbide n'est pas adhérente aux parties profondes. Elle est indolente, spontanément et à la pression. A la palpation, je reconnais une consistance assez ferme et une agglomération de lobules peu distincts les uns des autres. La température locale n'est pas augmentée.

Il n'y a pas de doute qu'il s'agit d'un gros lipome. Le dessin ci-dessous, fait par M. Ménager, externe de mon service, en donne une idée très exacte.

Le début de la tumeur remonte seulement à une année, et, depuis six mois, l'accroissement est très rapide. La malade ne peut en rattacher l'origine à aucune cause. Elle a toujours été bien portante.

(1) Observation communiquée à la Société de médecine de Paris, séance du 22 juillet 1882.

La rapidité de la marche de ce lipome est une indication pour l'enlever, bien qu'il ne produise aucune douleur et qu'il n'occasionne qu'une gêne mécanique.

Le 21 mars, chloroformisation. Ablation de la tumeur avec le



bistouri, en circonscrivant sur sa partie saillante, par deux incisions courbes qui se regardent par leur concavité, un segment de peau de forme losangique. Les lobules graisseux s'énucléent facilement. Deux ligatures avec fil de catgut. Suture avec cinq points de fil d'argent. Pansement de Lister. Pas de drain.

Le 22. Point de fièvre.

Le 23. Premier pansement. J'enlève trois sutures. La plaie se réunit par première intention.

Le 25. Ablation des deux dernières sutures.

Le 28. La réunion est complète. Une cicatrice linéaire est la seule trace de l'opération.

L'examen histologique a fait voir qu'il s'agissait d'un lipome type, limité par une enveloppe celluleuse assez dense.

REVUE DE LA PRESSE

TABLEAU DE LA LITTÉRATURE
OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE 1876 A 1880

Par James R. Chadwick (1).

Traduit de l'anglais par le Dr PAUL RODET.

Au lieu de suivre la routine habituelle qui consiste à exposer les progrès accomplis dans ces dernières années en obstétrique et en gynécologie, je vous demanderai la permission de me borner à passer en revue tout ce qui a été publié sur ces branches des sciences médicales pendant ces cinq années. Je vais donc tout d'abord vous énumérer tous les travaux en vous indiquant le pays où ils ont été publiés, et je terminerai par l'examen de certains sujets spéciaux, qui ont fait l'objet de monographies ou d'articles de journaux. Dans cette étude, je mettrai à contribution les renseignements bibliographiques que je

(1) Discours prononcé à l'Association médicale américaine, à la 32e session, à Richmond, en mai 1881.

publiée dans l'Index, qui se trouve à la fin de chaque volume des *Transactions de l'American Gynecological Society.*

Le laps de temps auquel je serai obligé de restreindre cette étude se trouvera, à mon grand regret, ne comprendre que quatre années et demi, de sorte que mes tableaux ne pourront représenter qu'une courte période de l'histoire de certaines théories, opérations ou de différentes méthodes de traitement. Si je pouvais embrasser un temps plus long, ce tableau de la littérature actuelle nous ferait certainement assister à de remarquables transformations dans la popularité de certaines médications et diminuerait l'ardeur de bien des gens qui avaient visé à l'immortalité, en émettant des théories nouvelles, en proposant de nouvelles opérations et surtout en inventant de nouveaux instruments.

Il est clair que le nombre des articles publiés sur une médication nouvelle n'est pas toujours une preuve de son mérite. On n'accepte jamais qu'avec de grandes réserves la plupart des théories nouvelles, tandis qu'une nouvelle opération ou un remède nouveau est presque toujours sûr de rencontrer un engouement général, lors de son apparition. Voici à peu près comment les choses se passent : un auteur fait un article dans lequel il rend compte des succès qu'il a obtenus dans le traitement d'un état morbide quelconque par une nouvelle méthode opératoire.

Immédiatement elle est expérimentée par un grand nombre de praticiens qui se hâtent de publier leurs résultats, surtout s'ils sont favorables, espérant ainsi se faire passer pour être au courant de tout ce qui se fait de nouveau. Les articles se succédant rapidement, l'opération nouvelle s'impose à l'attention du corps médical; mais l'attrait de la nouveauté ne tarde pas à disparaître, et le nombre des travaux qui s'y rapportent diminue sensiblement à mesure qu'on publie les résultats négatifs ou les échecs éprouvés.

C'est alors que l'on connaît la valeur réelle de l'opération et qu'enfin elle est, soit adoptée comme procédé opératoire, soit plongée dans l'oubli. Je vous citerai comme exemple de ce fait

ce qui s'est passé dernièrement à propos de l'incision du col, que Simpson avait préconisée il y a quelques années, contre la dysménorrhée.

Tout d'abord cette opération fut acceptée avec ardeur, et tous les journaux la conseillèrent ; plusieurs chirurgiens y apportèrent des modifications cherchant tous à faire adopter leur méthode qu'ils décrivaient dans leurs brochures. Puis un parti d'opposition ne tarda pas à élever la voix, et à faire voir qu'il fallait délaisser cette opération, qui n'apportait aucun soulagement et qui souvent même était dangereuse.

Aujourd'hui il n'est plus question de cette opération. On la pratique encore dans les cas de sténose extrême, mais on sait qu'elle ne peut être d'aucune utilité dans la grande majorité des cas, pour lesquels elle avait été proposée. Ma table montre une diminution croissante dans le nombre des travaux publiés sur ce sujet pendant ces cinq dernières années.

On pourrait prédire à coup sûr un pareil destin à plusieurs opérations qui jouissent aujourd'hui d'une haute estime, telle que celle de la lacération du col, la méthode de Freund pour l'extirpation complète de l'utérus cancéreux, l'opération de Porro, etc...

JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Avant de vous faire l'analyse de tout ce qui a été écrit, permettez-moi d'appeler votre attention pendant quelques instants sur les publications spéciales, comprenant les journaux et les comptes rendus de sociétés, consacrés à l'obstétrique et à la gynécologie.

Nombre de publications périodiques d'obstétrique et de gynécologie, de 1876 à 1880.

NATIONS.	1876			1877			1878			1879			1880		
	Journaux.	Comptes rendus de Sociétés.	Total.	Journaux.	Comptes rendus de Sociétés.	Total.	Journaux.	Comptes rendus de Sociétés.	Total.	Journaux.	Comptes rendus de Sociétés.	Total.	Journaux.	Comptes rendus de Sociétés.	Total.
Amérique....	2	1	3	2	2	4	3	2	5	4	3	7	4	2	6
Angleterre...	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
France	4	—	4	4	—	4	3	—	3	3	—	3	4	—	4
Allemagne ...	2	—	2	3	—	3	3	—	3	3	—	3	3	—	3
Belgique.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Italie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Espagne	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	1	1
Danemark....	—	—	—	1	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	1

Cette table montre que le nombre des publications périodiques s'est accru dans ces cinq dernières années de 13 à 20, c'est-à-dire de près de 60 pour 100 : qu'en Amérique le nombre en a été doublé, qu'en Allemagne il y en a eu un tiers de plus, que la Belgique, l'Italie et le Danemark ont vu paraître chacune un journal et qu'en France, en Angleterre et en Espagne, le nombre est resté le même.

Voici la table des vingt-deux publications périodiques publiées jusqu'en 1800 :

Publications périodiques d'obstétrique et de gynécologie parues jusqu'en 1880.

NATIONS	DATE de leur première publication.	TITRES
Amérique..	1869	*American Journal of obstetrics and Diseases of Women and Children.* — Rédacteur en chef : Dr Mundé. In-8, trimestriel. New-York.
	1869	*Philadelphia obstetrical Society Transactions.* — Secrétaire : Dr Githens. In-8. Philadelphie. La date de la publication est variable.
	1873	*Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, avec supplément américain. — Editeur américain : Dr Ingham. In-8, mensuel. Philadelphie.
	1877	*American Gynecological Society. Transactions.* — Secrétaire : Dr J. Chadwick. In-8, annuel. Boston.
	1878	*Obstetric Gazette.* — Rédacteur en chef : Dr Stevens. In-8, mensuel. Cincinnati (Ohio).
	1879	*Homœopathic Journal of obstetrics and Diseases of Women and Children.* — Rédacteur en chef : Dr Minton, de Brooklyn. In-8, trimestriel. New-York.
Grande-Bretagne et Irlande..	1859	*Obstetrical Society of London. Transactions.* — Secrétaires : Drs Williams et Godson. In-8, annuel. Londres.
	1868	*Edinburgh obstetrical Society. Transactions.* — Secrétaires : Drs Underhill et Carmichael. In-8, annuel. Edimbourg.
	1873	*Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland.* — Rédacteur en chef : Dr Galabin. In-8, mensuel. Londres (1).
France.....	1872	*Gazette obstétricale.* — Rédacteur en chef : Dr Dupuy. In-8, bi-mensuel. Paris (2).
	1873	*Journal des sages-femmes.* — Rédacteur en chef : H. Fontan, bi-mensuel. Paris (3).
	1873	*Annales de gynécologie.* — Rédacteurs en chef : Drs Leblond et Pinard. — In-8, mensuel. Paris.
	1873	*Archives de tocologie.* — Rédacteur en chef : Dr De Soyre. In-8, mensuel. Paris.
	1879	*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.* — Rédacteur en chef : Dr Chéron. In-8, mensuel. Paris.
	1880	*L'obstétrique.* — Rédacteur en chef : Dr Mattei. In-8, mensuel. Paris (4).
Allemagne.	1870	*Archiv. für Gynækologie.* — Rédacteurs en chef : Drs Credé et Spiegelberg. In-8. Berlin. Date de la publication variable.
	1877	*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie.* — Rédacteurs en chef : Drs Schrœder, Fasbender, Gusserow, L. Mayer. In-8. Berlin et Stuttgard. Date de la publication variable.
	1877	*Centralblatt für Gynækologie.* — Rédacteurs en chef : Dr Fehling, à Stuttgard, et Fritsch, à Halle. In-8, bi-mensuel. Leipsick.
Danemark..	1877	*Gynækologiske og obstetriciske Meddelelser.* — Udgivne af. F. Horwitz. In-8, semestriel. Kjobenhavn.
Italie......	1879	*Annali di ostetricia, gynecologia e pediatria.* — Rédacteur en chef : Dr Alessandro. In-8, mensuel, Milan.
Espagne...	1875	*Sociedad ginecologica espanola. Anales.* — Rédacteur en chef : Dr Rafael Ulecia y Cardona.
Belgique...	1880	*Journal d'accouchements.* — Echo de la Maternité de Liège. — Rédacteur en chef : Dr Charles. Bi-mensuel. Liège.

(1) A cessé de paraître en 1881.
(2) A cessé de paraître en 1879. (Trad.)
(3) A cessé de paraître en 1878. (Trad.)
(4) A cessé de paraître en 1881.

En 1876, est paru le *Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten*. Rédacteurs en chef : Drs Martin et Fasbender, à Stuttgard, qui a été transformé en 1877 et a paru depuis sous le nom de *Zeitschrift für Geburshülfe und Gynäkologie*.

En 1879, on a publié les comptes rendus de *New-York Obstetrical Society* pour les années 1876, 1877, 1878 et 1879.

On peut voir, d'après cette énumération, quel intérêt toutes les nations attachent aux branches dont nous nous occupons.

Dans chaque pays, les publications se distinguent par certains caractères particuliers. Par exemple, les Allemands s'occupent plutôt du côté scientifique de la médcine, les Américains, eux, préfèrent le côté pratique ; les Français s'attachent de préférence à la controverse et leurs journaux sont surtout les organes d'un certain clan.

SOCIÉTÉS D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Nous pouvons encore vous donner une idée de l'importance que l'on attache à l'obstétrique et à la gynécologie, en vous énumérant les Sociétés spéciales à ces branches qui existent dans chaque pays.

Nombre des Sociétés d'obstétrique et de gynécologie existant de 1876 à 1880 (1).

	1876	1877	1878	1879	1880
Congrès international	1	1	1	1	1
Amérique	6	6	8	10	11
Angleterre	4	4	4	4	4
Allemagne	3	3	3	3	3
Espagne	1	1	1	1	1
France	—	—	—	—	1
Russie	1	1	1	1	1
	16	16	18	20	22

(1) Ce tableau comprend les Sociétés de médecine qui ont des sections spéciales à la gynécologie et à l'obstétrique.

Sociétés d'obstétrique et de gynécologie existant en 1880, avec l'indication des journaux où sont publiés leurs comptes rendus.

NATIONS	DATE de la fondation.	SOCIÉTÉS
Amérique..	1876	*American Gynækological Society*. Transactions. — Secrétaire : J. Chadwick. Extraits publiés dans American Journal of Obstetrics.
	1849	*American medical association*. Transactions. — Section d'obstétrique. Secrétaire : Robert Battey. — Transactions american medical association, XXX, 221-265.
		Philadelphia Obstetrical Society. Transactions. — Secrétaire : Githens. — American Journal of Obstetrics. New-York.
		New-York Obstetrical Society. Transactions. — American Journal Obstetrics. New-York.
		Obstetrical Society of Boston. Proceedings. — Secrétaire : Swan. — Boston medical and Surgical Journal.
		Gynækological Society of Boston. — Secrétaires : Field, Newton, Mass.—American Journal of Obstetrics. New-York.
		Obstetrical and Gynæcological Society of Saint Louis. — Secrétaire : George Engelmann. — Saint Louis courrier of medicine.
		Cincinnati obstetrical Society. Transactions. — Secrétaire : Stevens. — American Journal of Obstetrics. New-York.
		San-Francisco Obstetrical Society.
		New-York Academie of medicine. — Section d'obstétrique. — New-York med. Record.
		Chicago Gynæcological Society. Transactions. — Chicago medical Journal and Examiner.
Angleterre.	1859	*Obstetrical Society of London*. Transactions. — Secrétaires : Williams et Godson.
		British medical Association. — Section d'obstétrique. — Extraits des séances dans British medical Journal.
	1868	*Edinburgh Obstetrical Society*. Transactions. — Secrétaires : Underhill et Carmichael.
		Obstetrical Society of Dublin.
Allemagne.	1866	*Versammlung Deutscher Naturforscher und Ærzte*, à Casseli — Section de gynécologie. — Extraits dans : Centralblatt fur Gynækologie, à Berlin, et dans American Journal of obstetrics de New-York. Gesellschaft fur Geburshulfe, à Leipsick. Archiv. fur Gynækologie. Berlin.
		Französischer Naturforscherversammlung, à Montpellier. — Section de gynécologie. — Centralblatt fur Gynäkologie, à Berlin.
France.....		
Espagne...		*Sociedad ginecologica espanola*. Annales. Madrid.
Russie. ...		*Allgemeines Verein Saint-Petersburger Ærzte*. — Section de gynécologie. — Saint-Pétersbourg med. Wohsch.

Il est facile de voir d'après ce tableau que l'Amérique y tient le premier rang. Cependant il ne faut pas donner à ce fait une importance qu'il ne comporte pas, car une des causes de ce grand nombre de sociétés est purement géographique. En Angleterre, ceux pour qui la gynécologie et l'obstétrique peuvent avoir de l'intérêt, peuvent parfaitement assister aux séances de la Société obstétricale de Londres, tandis qu'en Amérique, l'éloignement des centres oblige à franchir de trop grandes distances pour pouvoir faire de même. Nous voyons en effet que la Société obstétricale de Londres compte sept ou huit cents membres, tandis que les sociétés américaines en possèdent de vingt à cinquante. L'absence de toute société en France est inexplicable, et contraste avec le nombre de journaux spéciaux publiés dans ce pays.

LITTÉRATURE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Nous allons maintenant passer en revue la littérature spéciale, dont on pourra avoir de suite une idée d'après ce tableau :

Six derniers mois de	Publications séparées.	Équivalents à articles.	Nombre d'articles.	Total.
1876...............	91	1374	753	2127
1877...............	194	2388	1698	4086
1878...............	168	1320	2203	3523
1879...............	265	2194	2644	4838
1880...............	201	2410	2770	5188

Dans ce tableau j'ai converti les publications séparées en leurs équivalents d'articles de journaux, évaluant chaque article à dix pages, ce qui est certainement un chiffre moyen un peu supérieur à la longueur ordinaire des articles.

On remarquera tout d'abord que la quantité de publications s'est accrue en moyenne de 25 pour 100 par année. En repré-

sentant de cette façon la masse d'écrits chaque année pour une seule branche de la médecine, il y a vraiment de quoi être effrayé et, en présence de ce processus d'évolution, on sent de plus en plus le besoin de se spécialiser. En admettant que 90 pour 100 de ces écrits ne fassent que rapporter des faits familiers aux gynécologistes, il en reste encore une énorme quantité à lire pour celui qui veut se tenir au courant des progrès de la science, sans parler de ce qui regarde les branches collatérales.

En détaillant un peu ces chiffres pour l'année 1880, il sera intéressant de faire la part de chaque pays.

Au premier rang nous trouvons la France qui a publié une somme d'écrits équivalente à 1658 articles, puis l'Amérique 1345, l'Allemagne 854 et l'Angleterre 539.

En analysant ces chiffres on trouve :

	Obstétrique.	Gynécologie.	Total.
France	948	710	1658
Amérique	624	721	1345
Allemagne	421	433	854
Angleterre	269	270	539

L'intérêt prédominant que la France montre pour l'obstétrique se trouve confiné à un petit nombre d'auteurs, car en analysant la part fournie par la France, on trouve 51 publications séparées (livres, thèses, etc.) qui ont paru dans l'année, et qui ont été évaluées à 598 articles; en retranchant ce chiffre de 948, il reste seulement 350 articles de journaux réels.

En Amérique, il n'a paru que 9 livres équivalents à 126 articles, ce qui fait qu'il y a eu en réalité 498 articles de journaux.

En Allemagne, un pareil calcul réduit le nombre des articles à 170 et en Angleterre à 164.

En gynécologie le même calcul change les rapports de la façon suivante :

France 301 articles.
Amérique 359 —
Allemagne 215 —
Angleterre 166 —

Tableau, par nationalité, de la littérature en 1880.

NATIONS.	OBSTÉTRIQUE.				GYNÉCOLOGIE.				TOTAL de l'obstétrique et de la gynécologie.		TOTAL des livres et des journaux.
	Livres.	Equiv.	Journaux.	Total.	Livres.	Equiv.	Journaux.	Total.	Livres.	Journaux.	
Amérique........	9	126	498	624	9	362	359	721	18	857	1345
France...........	51	598	350	948	49	409	301	710	100	651	16[illegible]
Allemagne.......	19	251	170	421	22	218	215	433	41	385	854
Angleterre......	5	105	164	269	7	104	166	270	12	330	539
Italie...........	9	75	71	146	3	20	79	99	12	150	245
Espagne.........	3	28	39	67	—	—	25	25	3	64	92
Russie..........	5	30	21	51	5	32	14	46	10	35	97
Belgique.........	3	35	29	64	—	—	19	19	3	48	83
Australie.........	—	—	10	10	—	—	22	22	—	32	32
Hongrie..........	—	—	5	5	—	—	20	20	—	25	25
Pologne..........	—	—	14	14	—	—	11	11	—	25	25
Danemark........	2	15	13	28	—	—	19	19	2	32	47
Canada...........	—	—	12	12	—	—	11	11	—	23	23
Suède et Norvège.	—	—	8	8	—	—	13	13	—	21	21
Brésil............	—	—	12	12	—	—	9	9	—	21	21
Inde.............	—	—	5	5	—	—	6	6	—	11	11
Suisse...........	—	—	2	2	—	—	6	6	—	8	8
Mexique.........	—	—	6	6	—	—	—	—	—	6	6
Algérie..........	—	—	1	1	—	—	3	3	—	4	4
Turquie..........	—	—	3	3	—	—	1	1	—	4	4
Chili............	—	—	2	2	—	—	2	2	—	4	4
Antilles..........	—	—	1	1	—	—	2	2	—	3	3
Hollande........	—	—	7	7	—	—	3	3	—	10	10
Grèce............	—	—	2	2	—	—	2	2	—	4	4
Chine............	—	—	—	—	—	—	2	2	—	2	2
Japon............	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Amérique centrale.	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Portugal.........	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
Vénézuela........	—	—	—	—	1	2	—	2	—	2	2
TOTAL.....	106	1263	1445	2708	96	1147	1313	2459	201	2770	51[illegible]

De ces chiffres on peut tirer les conclusions suivantes :

L'Amérique est le pays qui fournit la part de contribution la plus grande dans les deux branches.

En France, le chiffre total de la littérature obstétricale dépasse celui de l'Amérique d'un cinquième, ce que l'on peut attribuer à deux causes : d'abord la publication des thèses, puis l'émulation qui fait que les professeurs écrivent des traités pour ne pas rester en arrière de leurs rivaux, surtout ceux qui habitent Paris et qui possèdent des cliniques spéciales.

La cause du petit nombre d'écrits publiés en Allemagne tient probablement à ce que pour la plupart ils proviennent de professeurs de l'Université, qui désirent surtout un avancement académique, et qui pour cela font de laborieuses recherches qu'ils consignent dans leurs ouvrages et qu'ils adressent au ministre de l'instruction publique ; aussi ces publications sont-elles beaucoup plus longues que d'habitude et demandent beaucoup de temps. Quant à l'Angleterre, je ne puis m'expliquer qu'elle tienne le dernier rang.

SUJETS SPÉCIAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Poursuivant mon étude analytique encore plus loin, je vais enfin vous présenter un tableau contenant les articles publiés sur des sujets spéciaux et vous donner quelques explications à cet égard.

Relativement au total de l'ovariotomie, on voit une augmentation marquée tous les ans. En face du titre ovariotomie, on voit une augmentation progressive, tandis que les deux dernières années nous montrent une diminution assez forte dans le nombre des cas d'ovariotomie. L'ovariotomie, normale préconisée par Battey, a eu le privilège d'accaparer l'attention pendant ces trois dernières années, mais en 1880, le nombre des publications qui s'y rapportent a été en diminuant, sa valeur réelle et ses indications ayant été bien limitées.

En 1879, l'opération de Porro, faisait son apparition comme une opération nouvelle et a depuis été très discutée.

Tableau des sujets spéciaux.

SUJETS.	1876 Dernier semestre.	1877	1878	1879	1880
Ovariotomie	4	30	36	45	158
— pend. la gross.	—	3	2	—	—
— vaginale	1	1	1	—	—
— antiseptique	—	—	14	25	20
— double	—	—	—	12	5
— (Cas d')	45	92	143	126	76
Total	50	123	196	208	259
Ovariotomie normale	—	3	19	108	32
Opération de Porro	—	—	—	24	41
Albuminurie	8	5	7	4	33
Eclampsie	5	—	—	—	—
Convulsions puerpérales	35	80	82	184	94
Total	48	85	89	188	127
Forceps	9	17	29	45	37
Hémorrhagie *post partum*	12	29	34	44	42
Hystérie	5	9	25	11	11
Hystéro-névrose	—	4	7	11	—
Hystéro-épilepsie	—	—	9	21	6
Total	5	13	41	43	17
Injections intra-utérines	—	2	10	7	11
Avortement	22	16	46	39	32
— criminel	—	—	4	10	3
Total	22	16	50	49	35
Menstruation	1	29	25	21	51
— (Anomalies de la)	3	20	23	5	9
Total	4	49	48	26	60
Fibromes utérins	21	67	105	186	168
Transfusion du sang	3	7	6	6	2
Insertion vicieuse du placenta	10	59	40	41	59
Pessaires	10	20	14	26	21
Ruptures du périnée	7	28	32	37	20
Grossesse extra-utérine	43	55	52	64	77
Phlegmatia alba dolens	—	6	15	12	23
Septicémie puerpérale	8	11	9	11	22
Cancer de l'utérus	33	27	26	52	81
Incision du col utérin	5	6	1	2	3
Lacération du col	3	10	12	31	26
Inversion utérine	5	25	35	57	49
Rupture de l'utérus	9	19	49	16	38
Vomissements de la grossesse	1	7	23	36	14
Maternités	20	32	48	106	22
Monstruosités	—	3	35	52	64

Les accidents généraux et cérébraux des affections rénales, consignés dans plusieurs sous-titres, font voir que l'intérêt qu'on y atttache croît en raison de leur importance.

En 1879, l'invention de Tarnier a fait du forceps un instrument tout à fait nouveau dont les applications ont été discutées à la Société obstétricale de Londres, d'où le grand nombre d'écrits sur ce sujet, pendant ces deux dernières années.

Les tumeurs de l'utérus continuent à exciter l'intérêt de plus en plus, à mesure que la chirurgie abdominale fait des progrès.

La grossesse extra-utérine a subi, pendant ces cinq années, un mouvement d'impulsion de la part de deux américains, Parry et Thomas.

La septicémie puerpérale acquiert tous les jours un intérêt plus grand, à mesure qu'on étudie les affections produites par la putridité ou le développement des germes.

L'étude du cancer de l'utérus a reçu une forte impulsion en 1879, qui s'est maintenue en 1880, par la publication du travail de John Clay, en Angleterre, sur les effets curatifs de la térébenthine de Chio, qui malheureusement n'ont pas été confirmés par l'expérience d'autres observateurs.

L'incision du col a eu ses beaux jours, mais elle est rapidement tombée dans l'oubli.

La lacération du col par la simple et admirable opération d'Emmet est la question à l'ordre du jour, mais elle n'a pas encore subi l'épreuve de la critique. Ce sera une opération très bonne, quand on lui aura assigné ses indications, très restreintes selon moi.

Le traitement des vomissements de la grossesse par la dilatation du col, conseillé en Angleterre par Copeman, est tombé, en 1880, dans une défaveur manifeste.

La question des maternités, qui a fait le sujet de nombreuses discussions en 1879 et 1878, tire à sa fin.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

L'étude analytique à laquelle nous venons de nous livrer, en faisant le bilan de chaque nation, montre la prédominance de l'Amérique en obstétrique et en gynécologie. L'Amérique a publié plus d'articles de journaux qu'aucune autre nation, elle possède autant de journaux spéciaux que la France et deux fois plus que l'Angleterre et l'Allemagne ; le nombre de ses sociétés est aussi grand que celui de toutes les nations réunies.

L'Angleterre, si l'on en excepte les travaux de Spencer Wells, Keith, Thornton, Barnes, Duncan, Tait, Leishman, Playfair, est près de perdre le rang prédominant qu'elle occupait, et même elle a fait voir qu'elle était incapable d'entretenir un journal spécial, puisque *l'Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland* a cessé de paraître au commencement de l'année.

La France manifeste une activité anormale, due aux causes que nous avons mentionnées.

L'Allemagne se maintient à son rang, tandis que la Belgique, l'Italie, l'Espagne, le Danemark, la Russie auraient besoin de se réveiller un peu et de fournir un plus fort contingent, et de contribuer d'une façon plus active aux progrès de l'obstétrique et de la gynécologie.

J'ai voulu me restreindre à une étude quantitative de la littérature, mais je ne puis terminer sans faire en quelques mots l'appréciation des qualités inhérentes à chaque nation.

L'Allemagne est évidemment de tous les pays celui qui s'occupe le plus de science pure ; ses trois journaux contiennent des mémoires qui sont empreints de l'esprit critique le plus profond.

La France fait preuve d'un manque absolu d'originalité dans ses idées et de beaucoup de tendance à la discussion, mais d'un autre côté elle se donne beaucoup de peine pour amasser des matériaux historiques, ses journaux sont pour la plupart sans profit à la lecture et leur nombre dépasse de beaucoup ce qui serait nécessaire.

L'Angleterre montre l'intérêt décroissant qu'elle porte à ces branches de la médecine, mais aussi un esprit de discernement remarquable dans l'adoption des théories nouvelles et dans leur application à la pratique. Son seul journal spécial a cessé de paraître à la fin de l'année 1879.

Quant à l'Amérique je n'hésite donc pas à lui donner la première place. Nos compatriotes s'assimilent tout ce qui a rapport à l'obstétrique avec une rapidité de conception qu'on rencontre rarement ailleurs. Leur esprit ingénieux leur a fait inventer de nouvelles opérations en gynécologie qui ont été couronnées des plus brillants résultats, aussi aujourd'hui la pratique de cette branche de la médecine est arrivée à un degré dont aucun pays ne peut approcher. Nous sommes naturellement portés à apprécier nos résultats chirurgicaux au-dessus de leur valeur réelle, cependant en faisant une étude comparative sérieuse je suis arrivé à me convaincre que l'Amérique est à la tête du mouvement scientifique, en ce qui regarde l'obstétrique et la gynécologie.

Nos deux organes les plus autorisés,[1] *The american Journal of Obstetrics* et les *Transactions of the American Gynecological Society*, constituent des recueils où se trouvent à la fois réunis des données scientifiques et des faits pratiques comme on n'en trouve dans aucun pays.

DE L'ÉLONGATION FORCÉE
DES ADHÉRENCES PELVIENNES.

Par Ely Van de Warker.

Traduit de l'anglais par le Dr PAUL RODET.

Il n'y a probablement pas en gynécologie d'affection qui laisse après elle autant de craintes que les adhérences pelviennes chroniques subinflammatoires. En réalité, elles sont une contre-indication formelle à presque toutes les opérations gynécologiques, et, quand elles existent, il est impossible de

dire si l'on peut ou non pratiquer les opérations de petite chirurgie pelvienne.

Parmi les manipulations pelviennes qui peuvent ramener l'inflammation à l'état aigu, dans le cas d'adhérences, nous trouvons :

1° Toutes les applications faites sur la muqueuse utérine ;

2° Le cathétérisme et l'emploi des tentes-éponges ;

3° Toutes les opérations pratiquées sur le col utérin ;

4° Toutes les plaies béantes de l'utérus, exposées à la suppuration.

Malgré la présence de reliquats inflammatoires dans le bassin, tout le monde sait que l'on peut pratiquer un certain nombre de manipulations sans grand danger de ramener l'inflammation, par exemple :

1° L'emploi de la sonde comme moyen de diagnostic ;

2° Toutes les applications de cautères non escharotiques sur la portion vaginale du col ;

3° Le tamponnement vaginal et la palpation externe et interne.

L'introduction de la sonde faite dans un but de diagnostic est loin de présenter les mêmes dangers que lorsqu'on s'en sert pour corriger des déviations utérines. Cependant, en étudiant les observations, je suis arrivé à cette opinion que ce n'était pas la première introduction de l'instrument qui pourrait faire renaître la périmétrite, mais bien plutôt son emploi répété. Aussi, c'est sur cette donnée qu'est basée la théorie du traitement des adhérences que nous allons exposer.

La méthode de traitement toute indiquée dans le cas des adhérences rétro-utérines, c'est de solliciter la faculté récupératrice inhérente aux tissus vivants en faveur des surfaces malades. Généralement cela suffit et la guérison vient avec le temps. Il y a des cas où l'expectation ne réussit pas et où persiste pendant des mois et même des années un tel degré de sensibilité et de souffrance, qu'il porte atteinte à la santé générale de la femme et à son état mental. La clinique nous apprend que ces cas invétérés sont ceux qui reconnaissent pour cause

des adhérences rétro-utérines consécutives à une périmétrite. Dans tous les autres cas, j'ai toujours vu disparaître les adhérences. Ce n'est pas l'opinion de M. Duncan (1), qui croit que « le mouvement d'élévation et d'abaissement des viscères les fait disparaître par frottement ».

Pour moi, c'est une erreur.

Ce mouvement de va-et-vient aurait bien plutôt pour résultat de les faire persister indéfiniment que de les faire résorber ; de même que si l'on imprime des mouvements à une articulation malade, on y entretient la douleur et la sensibilité. C'est ce qui arrive également dans le cas de ces énormes élongations des adhérences décrites par Winckel (2). On constate l'absence de douleur, dans ces adhérences rétro-utérines, dans deux circonstances qui nous apprendront quels sont dans ces cas les effets produits par les mouvements : d'abord, quand les adhérences sont tellement intimes que les surfaces sont soudées l'une à l'autre et que l'organe se meut en même temps que la partie à laquelle il adhère ; ensuite quand les adhérences sont tellement lâches que les mouvements qui s'exécutent dans une limite normale n'ont aucun retentissement sur elles.

Erich (3), imitant la conduite de Schultze, essaya l'élongation rapide et violente des adhérences dans la périmétrite rétro-utérine, dans le but de les séparer. Quant à moi, je ne puis croire d'après mon expérience que les adhérences sont rompues. Les photographies de Winckel nous montrent les limites dans lesquelles peut s'allonger la substance plastique qui réunit les deux surfaces. Tout ce que nous pouvons faire, c'est d'imiter le processus naturel d'élongation et de faire ce que la nature ne peut faire par elle-même. Pour moi, on s'explique très bien, pourquoi, dans certains cas, les surfaces adhérentes restent solidement unies et douloureuses pendant des années au lieu d'être indolentes et de se résorber graduellement, comme cela

---

(1) *Clin. lect. on Dis. of Women*, p. 53.

(2) *Die Pathologie der weiblichen sexualorgan*. Tafel, XVII, 2.

(3) *Americ. J. obst.*, XIII, p. 836.

arrive dans la majorité des cas. L'utérus fixé en arrière agit en obstruant plus ou moins complètement le rectum.

Cet état exige des efforts puissants de défécation qui produisent des tiraillements sur les adhérences. Au lieu d'en déterminer l'élongation et la résorption, cela amène un état d'inflammation subaiguë, suffisant pour le renouvellement de la matière plastique. Le caractère clinique de ce groupe de périmétrite, c'est l'irrégularité des rechutes annoncées par de la sensibilité, des douleurs pelviennes et un léger mouvement fébrile. Souvent ces rechutes sont causées par un excès de fatigue, mais souvent aussi par ce que je serais tenté d'appeler « une attaque de défécation ». C'est ce que j'ai observé chez une malade à qui j'ai fait l'élongation forcée des adhérences. Les douleurs et les efforts d'expulsion étaient comparables à ceux du travail. Chaque défécation qui arrivait tous les quatre jours était suivie d'une augmentation des douleurs pelviennes, de sensibilité et d'une légère élévation de température.

Le procédé opératoire que j'ai employé a été des plus simples. Après m'être assuré que j'avais affaire à une périmétrite postérieure et non à une paramétrite, la malade étant éthérisée, j'introduis dans le canal cervical un dilatateur et je le dilate assez pour y introduire une sonde. C'est l'affaire de quelques instants. Je me sers dans ces cas de la sonde rigide que j'ai fait construire. L'extrémité utérine est mousse, arrondie, possède $0^m,025$ de circonférence et le rayon de courbure mesure $0^m,08$. On l'introduit en dirigeant la courbe en avant ou en arrière, selon qu'elle pénètre plus facilement d'un sens que de l'autre. Puis on exerce une traction forte et constante en ramenant l'utérus en avant jusqu'à ce qu'il ait atteint l'arcade pubienne et que son fond vienne s'incliner au-dessus de la symphyse et proéminer à ce niveau. Quand l'utérus se trouve en cette situation, il est impossible de le faire mouvoir davantage en avant, et par conséquent on a atteint la limite d'élongation qu'on peut exercer sur les adhérences. Cependant, si l'on maintient fortement avec la main l'utérus dans cet état d'antéversion extrême, on peut l'abaisser en avant d'environ $0^m,025$,

et par conséquent, allonger encore un peu les adhérences. On aura soin de pratiquer le toucher rectal pour se rendre compte de l'état de la paroi rectale pendant qu'on pratique l'élongation des adhérences. Si l'on tire brusquement sur les adhérences, la paroi rectale semble suivre l'utérus, tandis que si l'on agit avec force, mais d'une façon progressive, l'effet produit sur les parties voisines est à peu près négligeable.

Là se borne toute l'opération. Il n'est besoin ni de pessaire ni de tige intra-utérine d'aucune sorte. Et même, selon moi, ces instruments sont contre-indiqués comme constituant une source d'irritation inutile. Le résultat que l'on obtient par l'élongation forcée, c'est de faire disparaître la douleur et la sensibilité en supprimant l'irritation produite par les adhérences sur des surfaces sensibles et congestionnées. Comme conséquence directe, les produits inflammatoires sont résorbés, et la suppression de la douleur permet à la nutrition de se faire d'une façon normale. Si les anciens symptômes se manifestaient de nouveau, il vaudrait mieux répéter l'opération au bout de deux ou trois mois, que de faire usage d'un support mécanique qui est sans aucune utilité.

Je m'élèverai aussi contre une pratique qui, j'en ai peur, a de la tendance à se vulgariser, c'est celle qui consiste dans l'emploi de tentes dans le but de permettre l'introduction de la sonde, comme le fait Erich. C'est contraire à ce qui, selon moi, est un élément de sécurité dans toutes les opérations utérines. C'est ce que j'ai désigné ailleurs (1) sous le terme d'unité de temps, c'est-à-dire que tout ce qui est relatif à l'opération doit se faire en une seule fois. Aujourd'hui on agit ainsi dans l'enlèvement des fibromes utérins, et on obtient de bien meilleurs résultats que lorsqu'on procédait à l'opération en plusieurs temps. La tente-éponge ou tout autre appareil semblable, dont on se sert comme moyen de diagnostic, est loin d'être un procédé de dilatation inoffensif, mais il devient bien plus dangereux quand il constitue le premier temps d'une opération. On

(1) *Obstetric Gazette*, juin 1881.

prolonge ainsi l'opération de plusieurs heures, ce qui est loin d'être favorable pour l'opérée. Si l'on se sert de la tige intra-utérine, on viole également la loi de l'unité de temps, car tant qu'on en fait usage la patiente doit être considérée comme soumise à une manipulation chirurgicale violente pendant plusieurs jours ou même plusieurs mois.

J'ai terminé par ces remarques, parce que je crains que l'opération légère, dont je me suis occupé, ne soit rendue grave par l'emploi de moyens inutiles et dangereux. A mon avis, cette opération ne pourra être accomplie en toute sécurité, 1° que si l'on a fait un diagnostic précis, 2° si l'on fait une dilatation rapide et légère du canal cervical, 3° si l'on se sert de la sonde comme moyen d'arriver au diagnostic.

L'auteur rapporte ensuite un certain nombre d'observations à l'appui de son mémoire.

Le mémoire précédent a donné lieu à la discussion suivante, que nous croyons intéressant de reproduire.

Dr Mundé a employé le même procédé de traitement que celui de M. de Warker, mais n'a pas obtenu les mêmes résultats, c'est-à-dire de maintenir l'utérus dans sa position normale; la réduction n'a toujours été que temporaire.

Dr Wilson n'a jamais pu maintenir l'utérus dans sa position normale, quand cet organe avait été fixé pendant quelque temps par des adhérences. Jamais il n'emploie de sonde ni de redresseur utérin. Il se sert simplement du doigt, auquel il fixe un petit pessaire de Hodge et, employant la barre antérieure comme levier, il arrive à réduire ainsi les déviations, mais jamais il n'a pu obtenir une réduction définitive.

Dr Jackson est convaincu que la pratique de M. de Warker est inutile et même forcément dangereuse. Si l'on allonge des adhérences d'une façon permanente elles se rompront. Il est impossible, par les moyens conseillés par l'auteur, de réduire l'utérus d'une façon permanente, par suite de la souplesse de la paroi antérieure du rectum qui accompagne l'utérus dans son mouvement d'élévation. Si l'on essaie de réduire l'utérus avec violence, on fera renaître l'inflammation.

Dr Lyman ne croit pas possible de faire décrire à l'utérus un pareil mouvement sans léser sa paroi antérieure.

Dr Engelmann. Si l'on examine un utérus avec des adhérences, on voit qu'il est impossible de faire mouvoir l'organe, à moins que celles-ci ne soient constituées par de simples lamelles. Si l'on élève l'utérus et qu'on brise les adhérences, on détermine de l'inflammation et probablement la mort. Quand les adhérences sont anciennes, il est impossible de les allonger sans les rompre. Le mémoire de M. de Warker ne peut se rapporter qu'aux cas où les adhérences sont récentes et très faibles.

Dr Chadwick proteste contre la pratique de Warker et contre les doctrines d'Engelmann. Il a observé environ 800 cas d'adhérences. Quand elles étaient récentes, que l'utérus était sensible au toucher, il s'abstenait de toute manipulation, pour ne pas faire renaître l'inflammation. Quand les adhérences ont été modifiées au point de devenir cartilagineuses et de donner la sensation d'une bandelette ou d'un épaississement diffus, d'une induration du péritoine, il les soumet à la traction. Son procédé diffère de celui de Warker, en ce qu'il n'a rien de violent, il se contente d'allonger lentement les adhérences pour y déterminer un processus de résorption. Ce que M. Engelmann a constaté sur le cadavre ne peut s'appliquer à ce qui existe sur le vivant. Quand l'utérus est rétroversé, il n'hésite pas à le relever jusqu'à un certain degré et à répéter l'opération jusqu'à ce qu'il soit mobile.

Il prend toujours les plus grandes précautions pour éviter le retour de l'inflammation, qui est exceptionnel, et n'a jamais été grave.

Comme procédé de traction, il condamne la dilatation du col. Il n'emploie ni la sonde ni le redresseur. Il se contente d'introduire le médius et l'index dans le vagin, entre le sacrum et le corps de l'utérus qu'il repousse vers le pubis.

Dr Campbell a recours aux pessaires. L'élongation continue, produite par un anneau-pessaire, qui élève graduellement l'utérus, trouble tellement la vitalité des adhérences plastiques qu'elle en amène la désorganisation et qu'alors, à l'aide de la position génu-pectorale, on arrive très bien à réduire l'utérus.

Dr Smith distingue les cas où l'utérus est fixé sans adhérences et celui où il l'est avec adhérences. Dans ce dernier cas, il adopte un

procédé analogue à celui de Warker, seulement il se sert de bougies en métal qu'il introduit dans l'utérus.

Dr Sims considère comme rares les adhérences de l'utérus au rectum. Il fait l'éloge de son élévation, dont il recommande l'emploi.

Dr Wilson lui demande, quand l'utérus est fixé par de la lymphe organisée, comment on pourra le réduire, sinon par une pression graduelle.

Dr Sims répond qu'on peut arriver ainsi à repousser l'utérus en arrière, mais non le ramener à sa position normale.

Dr Goodel croit aussi que les adhérences sont rares, et considère la pratique de Warker comme dangereuse.

Dr Smith demande à M. de Warker pourquoi il dilate le col.

Dr Van de Warker répond que c'est afin de pouvoir introduire la sonde. (*Transactions of the american gynecological Society*, vol. VI, 1881, p. 182).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Faux hermaphrodisme. — M. Fancourt Barnes présente un enfant vivant portant des malformations que Simpson a désignées sous le nom de « *faux hermaphrodisme.* » Il n'a trouvé aucune trace d'utérus ni de testicule; cependant il croirait plutôt que cet enfant est du sexe masculin.

M. Champneys, dans un cas analogue, a pu découvrir l'utérus par l'examen rectal.

M. Swayne dit qu'il existe au musée de Bristol un spécimen, dont les parties externes étaient semblables à celles de l'échantillon présenté, mais dont les organes internes étaient ceux du sexe féminin.

Hypertrophie du placenta. — M. Herman présente un spécimen d'hypertrophie du placenta. Il a été enlevé par morceaux, et on en a laissé une grande partie chez la malade; la portion présentée pesait plus de 2 kilogr. A l'œil nu, il ne diffère en rien du placenta normal. L'enfant était en état de décomposition.

M. Robert Barnes a observé dans les cas d'hypertrophie du placenta l'hydropisie de cet organe, l'ascite et l'anasarque chez la mère et chez le fœtus. Il est possible que les villosités placentaires se soient développées outre mesure afin de trouver une nutrition suffisante dans le sang hydrémique.

Dégénérescence du placenta. — M. Champneys présente un placenta atteint à sa surface utérine de dégénérescence fibrineuse, et, à sa surface fœtale, de dégénérescence calcaire. L'enfant était vivant.

Sur un bassin oblique avec synostose unilatérale. — M. Champneys lit un mémoire sur ce sujet. Le bassin, dont il s'agit, est celui d'un enfant de 7 à 15 ans, chez qui les symptômes de la puberté avaient commencé à se manifester. A ce moment, l'articulation sacro-iliaque gauche s'enflamma, ce qui détermina la synostose de la surface articulaire. La moitié gauche du sacrum était rapetissée, et l'os avait tourné de façon à regarder un peu à gauche. La moitié gauche du bassin était rétrécie, la symphyse pubienne était déviée vers la droite, et sa moitié gauche déplacée était située derrière la droite. L'auteur regarde ce bassin comme une pièce curieuse et qui peut servir à montrer le mode de formation du bassin de Nœgele.

M. Griffith croyait que la synostose était congénitale. S'il en avait été ainsi, il aurait fallu modifier la théorie de l'auteur.

M. Champneys pense que l'état de l'articulation est une preuve évidente de la maladie.

Cloison transversale du vagin. — M. Gervis décrit un cas de cette malformation. La malade était âgée de 22 ans et réglée régulièrement. Elle vint le consulter parce qu'elle éprouvait de la gêne dans la miction, ce qui était dû à la présence d'une caroncule uréthrale. Le vagin semblait se terminer en cul-de-sac à environ trois à quatre centimètres de son orifice, présentant de chaque côté une poche qui, de prime abord, pouvait faire croire à un double vagin. Dans la corne gauche, il y avait un petit orifice qui laissait pénétrer une sonde dans l'espace situé en arrière. L'hymen existait encore. On pouvait sentir l'utérus par le rectum. On divisa la cloison à l'aide du thermo-cautère, et l'on donna issue à du mucus brunâtre. Le col utérin était entouré de granulations. En même temps on enleva la caroncule. La malade alla bien, et la métrite cervicale s'améliora dès que le col ne fut plus en contact avec les produits de sécrétion qui étaient retenus.

L'auteur insiste sur la valeur du thermo-cautère qui, dans ces cas, diminue les chances de septicémie.

Imperforation de l'hymen. — M. MATHEWS DUNCAN lit une observation sur ce sujet.

1° On constate une absence de douleurs remarquable pendant presque tout le temps que la maladie se développe. La malade n'a jamais été réglée et n'a jamais souffert d'aucun trouble en rapport avec cette fonction, jusqu'à il y a huit mois, quand un médecin lui dit qu'elle avait une grosseur dans le bas-ventre. Depuis cette époque, elle a éprouvé des douleurs intermittentes. L'auteur expliquait ce fait en disant que le corps de l'utérus n'était pas distendu, car il est prouvé que la distension du corps de l'utérus est beaucoup plus douloureuse que la dilatation du vagin et du col.

2° Dans ce cas, on n'employa pas les injections. On fit une incision avec le thermo-cautère. Il s'écoula environ 800 grammes de liquide, comme de la mélasse, et environ 600 grammes le lendemain, et il en sortit, pendant cinq jours, en tout à peu près 1,500 grammes. Jamais on ne constata de fétidité. On ne permit d'exercer aucune pression sur le ventre, ni d'intervenir en quoi que ce soit relativement à l'écoulement. On plaça à la vulve de la charpie phéniquée, et la malade se rétablit parfaitement. D'après lui, les irrigations que l'on pratique quelquefois augmentent beaucoup les chances de péritonite. Il croit aussi que le thermo-cautère est préférable à tout autre instrument, parce que la section qu'il fait ne laisse pas une surface d'absorption.

3° L'état des organes rendait le terme « imperforation de l'hymen » impropre et faux. Le vagin était fermé par une membrane sur laquelle on pouvait distinguer l'hymen entier et normal; après l'opération, on pouvait encore voir l'hymen qui avait conservé sa situation et ses rapports normaux. Il avait déjà remarqué ce fait dans d'autres cas, et il avait constaté la présence de l'hymen quand l'utérus et le vagin étaient absents. A ce sujet, il considère comme erronée l'opinion de M. Budin, qui regarde l'hymen comme l'extrémité antérieure du vagin.

M. ROBERT BARNES dit que dans ces cas, la toxémie survient avant l'évacuation du sang, par décomposition de l'hémoglobuline dans le liquide de la rétention. Il n'a pas eu recours aux injections ; elles ne sont pas indiquées dans tous les cas.

M. Gervis n'accepte pas l'opinion de M. Duncan, qui considère la membrane située en dedans de l'hymen comme la paroi vaginale. Pour lui, les variations de forme de l'hymen et l'absence de fibres musculaires dans cette membrane ne pourraient s'expliquer avec la théorie de M. Budin.

M. Carter a eu dans son service un cas semblable à celui décrit par M. Gervis ; il a divisé la cloison et la malade a guéri. Il croit que les irrigations sont inopportunes à moins que le liquide ne soit fétide, et qu'il n'y ait des symptômes de septicémie.

M. Rogers rapporte un cas de son service. L'opération fut suivie d'un peu de fièvre. On n'avait pas fait d'irrigations pendant une semaine après l'opération, et, lorsqu'on y eut recours, la fièvre céda.

M. Galabin croit qu'il est important d'établir s'il faut faire des irrigations immédiatement après l'opération ou au bout d'un certain temps ou pas du tout. Le danger est d'autant plus grand que l'atrésie est située plus haut. Il connaît deux cas d'occlusion élevée, où la mort a suivi l'évacuation du liquide sans que l'on ait fait d'irrigations. Emmet a publié un grand nombre d'observations de ce genre, parmi lesquelles on trouve beaucoup d'atrésies élevées dans lesquelles la guérison est survenue après l'emploi d'injections. Quant à lui, il laisse généralement le liquide couler pendant vingt-quatre heures, et alors il emploie des injections antiseptiques. Tous les cas qu'il a traités de cette façon ont été des succès. Peut-être serait-il préférable d'entretenir un état tout à fait aseptique à l'aide de pansements antiseptiques.

M. Duncan dit que Dorhn a traité d'une façon complète l'histoire du développement de ces occlusions vaginales. Ce qu'il a voulu montrer, c'est que lorsqu'on se trouve en présence d'une voussure bleuâtre à parois minces, qui vient bomber entre les lèvres, on a tort d'appeler ces cas des imperforations de l'hymen, car la plupart du temps on peut parfaitement distinguer un hymen, comme du reste dans les cas d'absence de vagin.

Nouveau pessaire à tige intra-utérine. — M. Swayne présente un nouveau modèle de pessaire à tige intra-utérine. Il est formé par une tige en vulcanite perforée qui repose sur une bande de caoutchouc attachée à un pessaire, qui est une modification de celui de Greenhalgh. Ces pièces sont introduites séparément, mais quand elles sont en place elles sont réunies par un fil de soie. Les avantages que

l'auteur lui attribue c'est de pouvoir s'introduire facilement, de rester en place et de permettre à l'utérus de se mouvoir.

M. Heywood Smith se demande quels avantages ce pessaire a sur celui de Wynn Williams.

M. Edis pense que les pessaires à tige sont toujours dangereux. On s'occupe beaucoup trop de la position de l'utérus, tandis qu'il faut bien plutôt s'inquiéter de son état. Beaucoup de pelvi-péritonites reconnaissent pour cause l'emploi inopportun de pessaires à tige, qui causent des douleurs et quelquefois la mort.

M. Duncan n'a jamais fait usage de pessaire à tige. Il connaît un certain nombre de cas de mort qu'on peut mettre à leur actif, et il n'a jamais appris qu'un cas de version ou de flexion ait pu être guéri par eux.

M. Robert Barnes croit que les pessaires à tige sont nécessaires dans certains cas. Ils ont causé des accidents, il est vrai, mais aujourd'hui on fabrique des instruments bien perfectionnés, et il a guéri des antéflexions avec ces instruments. Il donne la préférence à celui de Greenhalgh.

M. Herman a eu un cas de mort avec le pessaire à tige de Greenhalgh.

M. Swayne dit que, dans son pessaire, la pièce de caoutchouc qui supporte la tige est plus forte que dans celui de Wynn Williams. Il l'a souvent employé et toujours avec de bons résultats. Toujours il surveillait ses malades, et il retirait la tige dès qu'elle causait de la douleur ou qu'il y avait une élévation de température.

(*Séance du 4 octobre* 1882.) Paul Rodet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie et hygiène de la première enfance, considérées surtout au point de vue de l'alimentation, par S. Tarnier et J. Chantreuil (1).

Le Traité de l'art des accouchements, de MM. Tarnier et Chantreuil, a obtenu un rapide et légitime succès, universellement constaté aujour-

(1) H. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

d'hui. L'éditeur a cru bon de détacher de cet ouvrage le chapitre relatif à la physiologie et à l'hygiène du nouveau-né pour en faire un volume à part, et l'offre au public sous la forme d'un livre de poche qui sera lu avec intérêt, non seulement par les gens du métier, mais par toutes les mères de famille. C'est qu'en effet, la question de l'élevage des enfants est plus que jamais à l'ordre du jour, et quel moyen d'élever convenablement un enfant, si l'on ignore tout de ses organes, de ses besoins, de ses facultés ?

La première partie de ce livre, la plus courte, consacrée à la physiologie du nouveau-né, passe successivement au niveau les différentes fonctions qui s'établissent ou se mortifient à partir de la naissance.

Les travaux les plus récents ont été mis à contribution pour la rédaction de quelques chapitres. Notons principalement les paragraphes consacrés au sang, à la température, aux urines, etc.

La *digestion* y est étudiée avec le plus grand soin. On sait que la salive des nouveau-nés est très peu abondante ; et, comme elle ne renferme qu'une petite quantité de ptyaline (d'après Zweifel, la salive de la glande parotide contiendrait seule ce ferment jusqu'à deux mois), les matières amylacées qui, chez l'adulte, subissent un commencement de digestion dans la bouche traversent les premières voies sans y subir aucune transformation. Les substances féculentes ne doivent donc pas entrer dans l'alimentation du premier âge.

A son arrivée dans l'estomac, le lait est coagulé immédiatement par le suc gastrique et il semble que, chez l'enfant, cette coagulation soit plus rapide encore que chez l'adulte (Ch. Richer), ce qui tient peut-être à une activité plus grande de la pepsine des nouveau-nés sur le lait. La caséine et les autres substances albuminoïdes sont transformées en substances solubles, mais toutes ne subissent pas cette transformation avec la même facilité.

Ainsi l'albumine de l'œuf est plus difficile à digérer que la caséine, et cette substance elle-même est plus difficile à peptoniser quand elle provient du lait de vache que quand elle provient du lait de femme. Enfin, dans l'intestin, l'action du suc pancréatique et de la bile achève la transformation des substances albuminoïdes et émulsionne la graisse. A l'état normal, ces transformations sont actives, car la sécrétion bilieuse est abondante chez le nouveau-né ; si, au contraire, les sécrétions pancréatique et biliaire sont insuffisantes, la graisse se retrouve en grande partie dans les selles.

Après l'expulsion du méconium, qui dure habituellement trois ou quatre jours, les évacuations du nouveau-né forment une masse couleur jaune due à la présence de la matière colorante de la bile. Elles ont la consistance d'une bouillie épaisse ; elles sont homogènes, et ne présentent aucune odeur quand l'enfant est en bonne santé. Une odeur acide rappelant celle du lait sûr, une coloration verdâtre ou verdissant à l'air, la présence de grumeaux blanchâtres sont autant de signes de mauvaise digestion.

La sécrétion urinaire normale et ses modifications pathologiques, modifications de la peau, et enfin, l'accroissement de poids et de taille de l'enfant, font l'objet des chapitres suivants et terminent le premier livre.

Le second livre est consacré à l'hygiène de la première enfance. Les auteurs n'ont point cru indigne d'eux d'entrer dans les plus minutieux détails relatifs à la toilette des enfants et du régime de leur vie, et il serait grandement à souhaiter que les principes qu'ils ont développés avec tant de soin soient vulgarisés et connus de toutes les mères. Il y a de ce côté tant de préjugés à vaincre, tant de pratiques routinières à changer !

Dans la seconde partie, plus longuement développée, nous trouvons tout d'abord une étude remarquable du lait, et secondairement un examen rapide des différents aliments proposés pour le remplacer. L'allaitement sous ses différentes formes occupe le reste du volume. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces différents chapitres. Il va de soi que les auteurs donnent hautement la préférence à l'allaitement maternel sur tous les autres modes d'alimentation ; mais reconnaissant que, quelle que soit la bonne volonté des mères, il y a des cas nombreux où l'élevage n'est pas possible de cette façon, ils étudient et ils mentionnent les moyens de rendre possible l'allaitement artificiel.

On sait que déjà, à plusieurs reprises, MM. Parrot et Tarnier ont mentionné les résultats satisfaisants qui leur avaient été fournis par l'allaitement du lait d'ânesse, et tout récemment encore (26 septembre) M. Tarnier proposait à l'Académie la création, à titre d'essai, d'une étable modèle de vaches et ânesses, qui fournît gratuitement aux familles pauvres le lait destiné aux enfants du premier âge. Cela existe déjà à l'étranger, et nous croyons, avec le savant académicien, qu'une pareille tentative pourrait être féconde en résultats utiles.

En résumé, le petit volume de MM. Tarnier et Chantreuil contient

tout ce qu'il est indispensable de connaître pour l'élevage des enfants, et tous ceux qui le liront verront avec plaisir que, tout en ayant une grande préférence personnelle et motivée dans un grand nombre de cas pour telle ou telle pratique, ils ne condamnent et n'écartent que celles qui leur semblent nuisibles.

R. Chenet.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE SEMESTRIELLE DES TRAVAUX ALLEMANDS

Par le Dr Albert Puech, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Grossesse utérine prise pour un kyste de l'ovaire, ovariotomie; mort. — Quoique ce fait soit exceptionnel, il a paru tout au moins devoir être analysé. A l'hôpital général juif de Kiew (Russie), se trouvait une femme encore jeune, avec une tumeur du bas-ventre. Le médecin traitant et accoucheur? diagnostiqua un *kyste de l'ovaire* et écarta la possibilité d'une grossesse, parce que la sonde utérine pénétrait dans l'utérus à la longueur normale. En conséquence, on proposa l'ovariotomie et on invita le Dr Renneck, professeur de chirurgie, à la pratiquer. Le jour de l'opération, le médecin traitant, Dr Finkel et les trois ou quatre assistants du professeur, admirent la justesse du diagnostic et la vacuité de l'utérus. Quant au professeur lui-même, il jugea superflu de *faire un examen*. En conséquence, il fit une petite incision abdominale, introduisit les deux doigts dans la cavité et après s'être assuré qu'il n'existait pas d'adhérences ponctionna la tumeur. A son grand étonnement, il s'écoula, de la soi-disant tumeur, du liquide amniotique et le doigt, introduit par l'ouverture, lui fit reconnaître les parties d'un fœtus. Il dilata alors l'ouverture abdominale, incisa l'utérus dans toute sa longueur, et fit l'extraction d'un fœtus de huit mois et du placenta. Considérant alors sa tâche comme terminée, il se retira et laissa aux assistants le soin de faire la suture abdominale.

Le résultat de cette opération si mal menée fut des plus malheu-

reuse. L'enfant mourut au bout d'une heure et la femme au bout de trois jours.

La famille de la victime prévenue poursuivit l'opérateur et l'autopsie médico-légale démontra que la mort était la conséquence d'une pelvi-péritonite, et que la suture abdominale avait été mal faite. (*Allgemein Wiener mediz Zeitung*, 1881, 29 novembre, p. 493.)

Un pareil fait se passe de commentaires; aussi je me borne à le mentionner.

Eléphantiasis du prépuce du clitoris (Rokitansky.) — Une femme âgée de 30 ans, ayant eu huit accouchements à terme, et actuellement enceinte de trois mois, entre à l'hôpital Maria Therezia de Vienne, pour une tumeur des parties génitales externes qui date de quatre ans, mais qui, par son volume, par sa sensibilité et par ses progrès récents, fatigue la patiente au plus haut point. Le prépuce du clitoris et la petite lèvre droite, considérablement allongés, forment un pédicule terminé par une tumeur mesurant 35 centimètres dans sa plus grande circonférence. Cette tumeur qui pend jusqu'au milieu de la cuisse — elle mesure avec son pédicule 16 centimètres de longueur — est très douloureuse au moindre mouvement; si la peau en est normale en quelques endroits, en d'autres elle est rouge et hyperhémiée. La surface en est lobulée et dans les sillons se trouve tantôt un smegma séreux, tantôt du pus; car en d'autres points elle est excoriée et donne lieu à de la suppuration.

L'opération faite dans le sommeil anesthésique consista à lier le pédicule en trois endroits au voisinage du tissu normal; on détacha ensuite la tumeur avec le scalpel et promena le thermocautère sur la surface de section.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie, pas de réaction et non plus pas d'avortement; au neuvième jour, le pédicule mortifié se détacha complètement et la surface se cicatrisa vite.

La tumeur pesait un demi kilogramme. (*Allgem. Wiener med. Zeitung*, 1881, p. 477.)

Pour Rokitansky, la grossesse existante, loin d'être une contre-indication, est un encouragement à l'opération, car cette tumeur suppurante est une cause d'infection pour la mère. Je m'associe pleinement à cette manière de voir; car, il y a une vingtaine d'années, j'ai perdu une femme se trouvant dans des conditions analogues. J'avais, il est vrai, proposé l'opération, mais mon avis n'ayant pas été partagé par

d'autres confrères et par suite par la famille, je dus être le spectateur attristé d'un dénoûment fatal inévitable. L'infection purulente se déclara et amena la mort de cette femme au septième mois de la grossesse.

Laparotomie motivée par un étranglement interne. (Professeur Albert, de Vienne.) — Une femme, atteinte d'un kyste de l'ovaire, fut ponctionnée et à la suite présenta les signes d'un étranglement interne de l'intestin. Absence de selles depuis douze jours et en dernier lieu vomissement de matières fécaloïdes. Quoique cet état durât depuis douze jours lorsqu'elle fut évacuée dans le service chirurgicale, que le pouls fût petit et vraiment filiforme, le professeur Albert tenta cependant l'opération.

Le kyste fixé par un point à la paroi abdominale antérieure contient seulement un peu de liquide sanguin. Son pédicule fut fixé avec le clamp et on alla à la recherche de l'étranglement intestinal, car il n'était point dû à l'existence du kyste. Mettant à profit ce point de repère que l'intestin démesurément dilaté est la partie placée au-dessus de l'obstacle, tandis que l'intestin affaissé est placé au-dessous de l'obstacle, on examina l'intestin de bas en haut. Le côlon transverse, qui présentait une petite déchirure dans sa séreuse, fut lié à ce niveau avec le catgut. Quant à l'obstacle, il consistait en un pli du mésentère dans lequel s'était étranglée une anse de l'intestin grêle. Après avoir ponctionnné, au moyen du trocart, la partie de l'intestin qui était énormément dilatée, on obtint assez facilement la réduction.

Pendant le cours de l'opération, on constata l'existence d'une péritonite avancée ; les intestins étaient fortement injectés et recouverts d'exsudats plastiques ; enfin il y avait des exsudats liquides dans les cavités. L'opérée succomba au bout de quelques heures et l'autopsie ne fit découvrir rien de remarquable. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1881, p. 502.)

Ce fait malheureux n'en est pas moins instructif. Il est un exemple exceptionnel mais positif des suites graves que peut amener la déplétion rapide d'un kyste de l'ovaire ; car tout porte à présumer que c'est à la suite de la ponction que s'est produit le déplacement de l'anse intestinale et son étranglement.

Instrument pour fixer le cervix utérin, par A. Zukowski. — Les nombreuses opérations qui se pratiquent sur le cervix utérin, à l'hô-

pital des femmes de Vienne, ont suggéré à cet assistant du professeur Rokitansky l'idée de ce petit instrument. Il est tout à fait analogue à une sonde utérine et est introduit dans l'utérus jusqu'au voisinage du méat interne. Une fois qu'on s'est assuré qu'on a franchi les limites de la lésion carcinomateuse, on tourne une crémaillère qui se trouve à l'extrémité du manche et fait sortir ici quatre petits crochets qui, émergeant de points opposés, se fixent fortement dans le tissu sain.

Grâce à cette petite manœuvre, l'utérus peut être abaissé et la portion vaginale du col est mobile dans toutes les directions. Les crochets ne cèdent pas facilement parce qu'ils portent sur quatre directions opposées et on a la possibilité, surtout lorsqu'il s'agit d'un carcinome, de les implanter sur des parties saines. Enfin, on connaît par l'instrument le cours du canal cervical, ce qui, surtout dans le carcinome, a une sérieuse importance.

Pour retirer l'instrument construit par Joseph Leiter, on tourne en sens inverse, la crémaillère dégage les crochets, et on extrait avec la plus grande facilité l'instrument qui n'est plus qu'une sonde utérine ordinaire. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1882, p. 17.)

Quant à la valeur pratique de cet instrument, il est difficile de se prononcer ; car l'auteur ne nous donne pas la moindre observation. Il y a là matière à expérience. A s'en référer au dessin de l'instrument, il me semble que les crochets sont bien petits pour s'implanter solidement dans le tissu utérin, et ne point lâcher prise sous l'influence des tractions nécessaires pour amener l'abaissement de l'utérus.

Tænia chez un enfant de sept mois, observé par le Dr Schopf. — Le 23 décembre 1881, le Dr Schopf a communiqué à la Société impériale de médecine de Vienne ce cas excessivement rare. Il s'agit d'une petite fille de sept mois qui rendit dans une selle des petits vers qui s'agitaient et se colorèrent en rouge en se desséchant. L'examen qui en fut fait par le professeur Chiari établit que c'étaient là des *proglottis du tænia cucumerina-elliptica* (Leuckart). Quelques-uns de ces proglottis avaient une longueur de huit millimètres, une largeur de deux, portaient sur les bords une double rangée d'ouvertures sexuelles et contenaient à l'intérieur avec de nombreux corpuscules calcaires une grande quantité de capsules ovulaires, remplies d'œufs de

couleur rouge brun. On n'y put découvrir trace, ni de *vas deferens*, ni de vagin.

D'après Leuckart, le tænia cucumerina-elliptica atteint une longueur de vingt centimètres, a des crochets disposés sur quatre rangées irrégulières et s'observe fréquemment chez le chien et le chat.

D'après de récentes recherches, le cysticerque de ce tænia se trouve sur le pou du chien (*trichodeitis canis*) et arrive à infecter les chiens, par la déglutition des pous avec les parasites. Quant à l'infection de l'homme, il est très vraisemblable qu'elle a lieu par le pou du chien, et, à l'appui de ce mode de propagation, on peut invoquer que le tænia *cucumerina elliptica* de l'homme n'a jusqu'ici été observé que chez les enfants, qui vivent en fréquentation intime avec les chiens. Les perquisitions du Dr Schopf ont établi que c'était ici le cas, que ce nourrisson avait joué plusieurs fois avec un chien qui était atteint d'une maladie de la peau ayant amené la chute du poil. De là, suivant toute probabilité, la cause de l'infection de cet enfant. (*Allg. Wiener Zeitung*, 1881, p. 538.)

Retrécissement cicatriciel du cervix utérin ; accouchement prématuré, provoqué par la rupture artificielle de la poche des eaux, par le professeur C. Braun. — A la suite d'une application laborieuse de forceps, faite en 1875, une femme perdit la lèvre antérieure du cervix. Que se passa-t-il à la suite ? La femme ne peut le dire ; toujours est-il qu'à son entrée à la clinique, on constate une cicatrice étendue à la place de la lèvre antérieure du méat et on ne peut introduire le plus petit doigt dans le méat utérin. Concurremment, le bas-ventre, par suite de l'accumulation insolite du liquide amniotique, mesure 109 centimètres de circonférence. On constate, dans la fosse iliaque gauche, une partie fœtale, volumineuse et résistante qui a le ballottement propre à la tête. Par dessus et à gauche on trouve le dos et par suite on diagnostique une présentation transversale en première position.

A raison du rétrécissement cicatriciel, on décida de provoquer l'accouchement et on recourut à la rupture artificielle de la poche des eaux, d'après la méthode de *Maccaulay* ou de *Scheel-C. Braun*. Je traduis le *modus faciendi*, car il est peu connu en France et est passé sous si-

lence dans le *Traité d'accouchement* du regretté Otto Spiegelberg, le savant professeur de Breslau (1).

Après avoir dépouillé de ses barbes une plume d'oie, on la taille en forme de pointe et pratique, à quatre centimètres environ de son extrémité pointue, une ouverture ovale. Par cette ouverture, on introduit une sonde ordinaire de *Simpson* et la pousse en avant jusqu'à ce qu'elle forme un coude avec la plume. Ainsi disposée et dépassant de quelques centimètres la plume, l'extrémité de la sonde est introduite avec lenteur et poussée avec les plus grands ménagements, de façon à ne pas léser la muqueuse du canal cervical. Enfin, l'écoulement du liquide amniotique par la plume, qui sort au dehors, démontre qu'on a perforé les membranes.

Pour ménager l'orifice rétréci, on décida de convertir la présentation du fœtus en une *présentation du siège*. En conséquence, après avoir chloroformé la patiente, on fit la version externe d'après le procédé de Wiegand. Quelques heures plus tard, les contractions survinrent et amenèrent l'expulsion du fœtus, qui pesait 1,650 grammes, sans autre intervention. (*Allg. ien. Wmed. Zeit.*, 1882, p. 30.)

Dans quarante-quatre cas d'accouchement prématuré provoqué, Braun est intervenu trente-quatre fois à cause d'une étroitesse du bassin et a obtenu des enfants vivants 60 0/0. Dans ce cas particulier, il est étonné de la facilité avec laquelle le fœtus a été expulsé; mais est-il bien fondé à l'être? Les tissus cicatriciels du col résistent moins qu'on ne le pense généralement et, pour ma part, j'ai assisté une femme qui, dans des conditions à peu près identiques, pour ne pas dire davantage (la cicatrice formait un cercle dur et fermé avant le travail), accoucha à terme et sans la moindre intervention. Quoique j'eusse prévenu le mari de la nécessité d'un débridement, je fus agréablement surpris de voir mes instruments complètement inutiles. Je suis loin de prétendre qu'il en aurait été de même dans le cas de Braun, mais il est certain qu'il y a sur ce sujet de nombreuses inconnues.

Inversion complète du vagin avec allongement du cervix utéri (professeur Braun). — A la suite de l'observation précédente se trouve celle-ci que je résume.

---

(1) Il est mort le 9 août 1881, à peine âgé de 51 ans, mais épuisé, avant l'heure, par l'excès de travail et les fatigues professionnelles.

Une femme de 46 ans, se livrant à des travaux pénibles, entra à la clinique pour une chute des organes génitaux.

Le vagin, complètement renversé, est le siège d'un gonflement œdémateux ; la paroi antérieure mesure 13 centimètres, la paroi postérieure 15, et le pourtour 30 centimètres. La sonde utérine s'arrête seulement à 15 centimètres. Le professeur n'avait pas encore observé une chute aussi considérable. Elle ne se complique pas de cystocèle, car le meat uréthral est à sa place et la vessie n'est que médiocrement abaissée. L'examen rectal démontre que le fond de l'utérus occupe sa position normale, d'où la conclusion que l'utérus n'est point prolabé, mais que le cervix a subi une élongation anormale. De telles femmes peuvent devenir enceintes ; car, après la réduction des organes que ces femmes pratiquent habituellement, le coït est possible. L'accouchement exige une intervention active, c'est-à-dire la discision du cervix, l'application du forceps et, après l'accouchement, la suture sur points incisés. Pour ce cas particulier, on ne paraît avoir fait d'autre médication que la réduction des organes prolabés et le repos prolongé.

Absence partielle ou totale du tibia, par le professeur Albert, de Vienne. — On connaît à peine quelques exemples de cette curieuse anomalie.

Un des plus anciens est celui recueilli par Billroth (*Langenbeck's archiv*, p. 252). Il a trait à un nouveau-né du sexe masculin dont le tibia droit faisait complètement défaut. Par suite de cet arrêt de développement, il existait concurremment un pied bot varus à un degré très prononcé. L'enfant étant mort peu après, l'examen établit que les muscles, qui prennent insertion sur le bord supérieur du tibia, prenaient attache sur l'articulation du genou tout à fait normale.

Albert (*Mediz. Presse*, 1877, p. 111) a observé sur une fille de neuf mois l'absence complète du tibia droit. Ici le pied bot existait, mais peu marqué. L'extrémité supérieure du péroné n'était liée avec l'articulation du genou que par un ligament, et il en résultait une déformation très marquée. Pour y remédier, on détermina une ankylose, et implanta l'extrémité supérieure du péroné dans la fosse intercondylienne. L'opération réussit.

Pauly, de Posen (*Langenbeeks archiv*, t. XXIV, p. 528), a observé un garçon de quinze ans chez lequel la diaphyse et l'épiphyse inférieure du tibia droit faisaient défaut. Cette manière d'être avait entraîné un pied bot extrêmement prononcé.

Sur une pièce du musée de la clinique obstétricale d'Inspruck (*Wiener med. Blatter*, 1880, n° 26), il s'agit d'un garçon nouvellement né, mais ici l'anomalie existe des deux côtés. A droite, on rencontre l'extrémité supérieure du tibia (l'extrémité de ce moignon est recouverte par une peau plissée rappelant le nombril) ; a gauche, au contraire, le tibia manque tout entier. Des deux côtés on constate un pied bot et concurremment le squelette du pied est incomplet.

Dans le dernier cas dont le dessin est donné, il s'agit d'une fille de 4 jours, dont la jambe droite fortement raccourcie présente une espèce de nouure, comme si le membre avait été étranglé dans l'utérus. Le pied, muni de ses ongles normaux, est tellement renversé que la face dorsale est tout à fait de côté. Le péroné est très marqué ; quant au tibia, il en manque seulement le tiers inférieur. L'enfant agite avec force la jambe, le pied et les orteils.

Ici encore Albert propose d'améliorer cette difformité en provoquant l'ankylose du péroné.

En résumé, l'absence du tibia peut être totale ou partielle et, dans ce dernier cas, porter soit sur le tiers inférieur, soit sur les deux tiers inférieurs. Elle peut exister des deux côtés ou d'un seul côté, et alors elle se trouve à droite. Elle s'observe chez les garçons et les filles, est accompagnée d'un pied bot et se lie parfois à un développement vicieux du squelette du pied. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1881, p. 267.)

Chancre du vagin et du rectum ; perforation du côté de la cavité péritonéale ; mort. — Une fille publique de 23 ans entra à l'hôpital, avec une perforation du rectum accompagnée d'hémorrhagie dans la cavité péritonéale et d'inflammation de la séreuse. D'après les renseignements fournis, le point de départ de ces accidents avait été la syphilis qui n'avait jamais été traitée. Pas de doutes à cet endroit, car il y avait une érosion chancreuse dans le vagin et deux chancres dans le rectum.

L'un des deux chancres du rectum était devenu phagédénique ; il avait gagné vers le haut, et pendant que les bords commençaient à se cicatriser, avait perforé l'intestin et produit en définitive les accidents qui entraînèrent la mort.

Outre le chancre du vagin et le petit chancre du rectum, on trouva à 12 centimètres de l'anus une perte de substance étendue de 2 centimètres, et, à quelques millimètres plus haut, une perforation large

de 5 millimètres. Les bords de la première perte de substance étaient tout à fait cicatrisés, tandis que la deuxième était en pleine période d'ulcération. Un gros morceau de tissu cellulaire avait oblitéré la large perforation et avait, par suite, mis tout d'abord obstacle au passage des matières fécales dans la cavité péritonéale, jusqu'à ce que la rupture des adhérences eût amené l'hémorrhagie interne, la péritonite et enfin le dénoûment fatal.

Quant au reste du rectum et du gros intestin, il était absolument intact et ne présentait trace d'inflammation. (Dr Wehenkel, *Société d'anatomie pathologique de Bruxelles*, avril 1881.)

Inversion spontanée de l'utérus puerpéral, par le Dr Breus. — Ce cas, présenté le 28 octobre 1881 à la Société impériale de médecine de Vienne, concerne une femme qui mourut dix heures après un quatrième accouchement qui n'avait rien offert d'anormal. L'inversion, vraiment *spontanee*, ainsi que la qualifie avec raison le professeur Gustave Braun, survint dans le moment où, par le fait d'une forte hémorrhagie, on retirait les draps et relevait le bassin. Après aveir détaché le placenta encore adhérent, Braun réduisit l'inversion. Aussitôt l'hémorrhagie, jusqu'alors abondante, s'arrêta d'elle-même. Les irrigations d'eau froide, les injections d'ergotine et d'éther sulfurique, les vessies de glace sur le ventre, le massage soigné de l'utérus et les autres analeptiques restèrent infructueux.

L'autopsie, si elle démontra une anémie générale, ne put faire découvrir la cause qui avait amené cette inversion. Le cordon ombilical était seulement un peu plus court que d'habitude (44 centim.). (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1881, p. 445.)

Opération de Porro avec succès pour la mère et l'enfant, par Werth, de Kiel. — Une femme de 38 ans, haute de 1 m. 54 c., à membres déformés par le rachitisme, et à bassin très étroit — le diamètre droit mesure seulement 4 centimètres — se trouve à la fin de sa troisième grossesse.

Elle a déjà subi deux opérations césariennes, la première en 1865 et la seconde en 1873, et cette circonstance tout à fait exceptionnelle donne un intérêt tout particulier à cette observation. Il en est une autre qui a sa valeur, c'est que l'opération de Porro a été pratiquée avant le commencement du travail.

Est-ce à cette dernière circonstance qu'il faut attribuer la simplicité des suites? Il m'est difficile de le dire, mais il est certain que

l'opération n'a pas été suivie d'accidents, et qu'un mois et demi après, l'opérée quittait le lit. (*Arch. f. Gyn.*, t. XVIII, p. 293.)

Néphrectomie à cause d'une fistule urétéro-utérine, par B. Credé, de Dresde. — Simon, Zweifel et Czerny en Allemagne, ayant fait l'extirpation d'un rein pour une fistule de l'uretère, Credé s'est cru autorisé à les imiter. Comme c'est là une question encore à l'étude, nous croyons devoir donner un résumé de cette observation.

Une femme de 26 ans a eu, il y a deux ans, un accouchement très pénible suivi d'une périmétrite qui la tint trois semaines au lit. Le 27 décembre 1879, à la suite de l'accouchement d'un enfant mort extrait par le forceps, il survint une forte fièvre, de la rétention d'urine pendant deux jours, une péritonite grave, etc. Douze jours après cet accouchement, il s'écoula brusquement une quantité considérable de pus par le vagin. De cette époque date le rétablissement, mais de cette époque aussi data un écoulement spontané d'urine par le vagin, coïncidant avec la sortie régulière de l'urine par le méat.

Le 5 mai 1880, lorsqu'elle se présenta à ma clinique, elle rendait toutes les vingt-quatre heures 600 grammes d'urine par le vagin, et seulement 500 grammes par l'urèthre. Quant à la vessie, elle était intacte et pouvait être distendue par un liquide sans qu'il s'en écoulât une goutte au dehors.

L'utérus, de volume normal, était un peu rétrofléchi ; il était mobile à gauche et tout à fait immobile à droite où il était fixé par des cicatrices. On ne put constater aux alentours de la matrice d'exsudats liquides. Enfin l'examen par le spéculum démontre de la façon la plus évidente la sortie de l'urine par le méat utérin.

Pour établir le diagnostic avec plus de rigueur on dilata le cervix avec une éponge et obtint une dilatation telle qu'on put y introduire un spéculum délié. Grâce à ce concours, on constata, à la partie supérieure du canal cervical et à droite, un petit enfoncement en forme d'entonnoir par lequel suintait l'urine, mais en dépit d'essais répétés et d'instruments divers, on ne put parvenir à sonder l'uretère.

D'après ce résultat, on diagnostiqua une fistule urétéro-utérine ayant pour siège l'uretère droit, et conclut à en rechercher la guérison par la néphrectomie d'après la méthode de Simon.

On procéda à cette opération le 19 mai 1880, dans le sommeil chloroformique et morphiné. L'incision fut faite à la région lombaire, à un travers de doigt du muscle sacro-lombaire et, pour faciliter

l'extraction du rein, on réséqua 2 centimètres de la douzième côte. Le rein fut détaché de son atmosphère adipeuse avec facilité ; seulement comme il adhérait au péritoine par ses extrémités inférieure et supérieure, on dut recourir au bistouri boutonné. L'isolement du pédicule du rein ne présenta pas de difficultés, quoiqu'il fût fait avec l'extrémité des doigts, et le pédicule fut lié en masse par une ligature résistante. On plaça une seconde ligature et après l'extraction du rein une troisième ligature sur le pédicule. Deux drains volumineux furent placés dans la cavité et la plaie ne fut point suturée.

Dans les heures qui suivirent l'opération, il s'écoula par l'utérus environ 10 grammes de liquide sanguinolent, mais pas la moindre urine. Dans les huit premiers jours il n'y eût pas de réaction fébrile; seulement le soir, sans cause appréciable, la température oscilla de 39°,4 à 39°,8. A la fin de la deuxième semaine, absence complète de fièvre et chute des ligatures le douzième jour. Quant à l'urine, elle augmenta graduellement en quantité; au premier jour il en fut expulsé seulement 560 grammes, et à partir du neuvième jour la quantité oscilla invariablement de 1,100 à 1,200 grammes.

Après trois semaines, les drains furent enlevés, après six semaines la guérison était complète. Actuellement la malade jouit d'une santé parfaite.

Sur 42 cas d'extirpation totale du rein il y a eu 19 cas suivis de décès. Sur 21 opérés par l'incision de l'abdomen, il y a quatorze décès, tandis que sur le même nombre d'opérés par l'incision lombaire, il y a eu 5 décès seulement. Il est digne de remarque que dans les 4 cas où cette intervention a été motivée par une fistule urétérine, il n'y a pas eu un seul décès. (*Arch. f. Gyn.*, t. XVII, p. 312.)

A. PUECH.

De l'esthiomène de la région vulvo-anale, par le Dr ISAAC TAYLOR. — L'esthiomène ou lupus est une affection cutanée spéciale assez fréquente dont le siège de prédilection est la face ét qu'on observe rarement sur les organes génitaux. Huguier est le premier qui ait attiré l'attention du corps médical sur cette localisation, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 8 février 1848.

Wert, dans son ouvrage sur les maladies des femmes donne quelques détails sur un cas qu'il a eu l'occasion de traiter. Il en avait déjà observé cinq. Mac Clintock en rapporte deux observations.

Kaposi est venu ensuite en signaler un cas dont le siège était au pénis. Quant aux autres auteurs contemporains, ils se sont simplement bornés à faire allusion à la maladie, sans entrer dans les détails.

Comme le mémoire d'Huguier n'a été publié qu'en 1848, il est fort probable que les cas observés avant cette date passaient pour des manifestations syphilitiques, ce qui explique le silence des auteurs relativement au lupus de la vulve.

L'Ecole française considère cette affection comme une scrofulide. Quelques médecins anglais, tels que Wilson et Plumb, partagent cette opinion ainsi que certains auteurs allemands. Les auteurs anglais comme Brodie, Cooper, Paget, la regardent comme un épithélioma, un « noli me tangere ».

Virchow, Klebs et Wedl, de Vienne, sont d'un avis entièrement contraire.

Pour l'auteur, qui rapporte sept observations, il considère comme un fait établi que la plupart des individus atteints de lupus ne sont pas scrofuleux. La maladie semble être primitivement locale, et elle peut venir s'implanter sur un terrain déjà atteint par une diathèse, comme la scrofule, le cancer, la syphilis, sans être pour cela une manifestation de ces diatbèses.

Quant au traitement, il est tout indiqué aujourd'hui que l'on a des notions plus exactes sur la véritable nature de la maladie, sur son caractère de ténacité, sur la prolifération active des cellules et des vaisseaux sanguins malades. Et ce qu'il y a de particulier, c'est qu'on emploie aujourd'hui à peu près la même médication qu'autrefois. Le traitement est surtout local et chirurgical. Si l'on suppose qu'il y a un élément diathésique en jeu, on le traitera d'après les moyens usités en pareil cas.

Quant à moi, mon traitement général est limité à quelques médicaments, surtout au sublimé, que je donne à la faible dose de 2 milligrammes à 2 milligrammes et demi dans une mixture tonique, en commençant par cinq gouttes et en allant jusqu'à huit. On peut ainsi continuer ce médicament pendant longtemps sans produire de ptyalisme.

Le traitement local dépend surtout de la variété qu'on a à traiter.

Quand on a affaire à la forme superficielle ou serpigineuse, on commence par bien laver la région atteinte, et on y applique une solution de nitrate acide de mercure. On évitera de se servir de pom-

mades, et de temps en temps on appliquera de la poudre d'iodoforme. Dans deux cas, l'auteur a employé le grattage à la curette. Quelquefois l'on arrose ensuite les surfaces avec une solution de borax ou d'acétate de plomb, avec ou sans opium.

Quand la maladie revêt la forme de tumeur, de lupus proéminens, on traite tout d'abord les élevures comme s'il s'agissait de la forme superficielle. Si l'on n'obtient pas d'amélioration, on a ensuite recours à l'excision. Pour cela, l'auteur se sert des ciseaux écraseurs qu'il a fait fabriquer, il y a plus de vingt ans, pour les diverses affections génitales. Avant d'enlever les tumeurs, quand elles sont sessiles, on incise légèrement la peau à leur base, afin d'éviter de saisir avec l'instrument les parties sensibles, comme l'on fait pour l'enlèvement des grosses tumeurs hémorrhoïdales. La partie que l'on veut exciser est broyée lentement par l'instrument, et si elle n'est pas complètement détachée de son point d'implantation, il suffit d'un coup de ciseaux ou de bistouri pour terminer l'opération.

Après l'enlèvement de la tumeur, on passe légèrement le fer rouge sur la surface laissée à nu, et l'on fait ensuite le pansement avec la solution de *Livron* ou d'acétate de plomb.

On n'emploie pas le cautère chauffé à blanc, bien que certains dermatologistes aient conseillé de s'en servir comme du galvano-cautère. Mais tout cela dépend de la nature du cas et de son siège. La localisation de la maladie à la région vulvo-anale, où il y a une si grande quantité de tissu cellulaire et d'éléments glandulaires, semble contre-indiquer son emploi. Du reste, il a donné lieu à la formation d'eschares étendues, qui suppuraient ensuite et retardaient le processus de cicatrisation, qui se faisait ensuite par granulations. En dehors du traitement actif que l'on doit adopter, il y a un principe capital qu'il ne faut pas oublier, c'est de ne pas léser les tissus sains situés au-dessous et autour des parties malades. C'est pour cela que l'auteur donne la préférence au cautère chauffé au rouge sombre et aux escharotiques superficiels, dans le but d'amener un processus de cicatrisation par absorption graduelle des tissus malades.

L'auteur rapporte ensuite sept observations d'esthiomène avec des figures représentant les cas dont il traite.

Ce mémoire, lu à la Société de gynécologie de New-York, a donné lieu à une discussion, d'où nous extrayons les critiques suivantes :

Dr Byrne. — Il a très souvent eu recours au galvano-cautère. Quant au traitement général, il n'en a obtenu aucun résultat. Il ex-

cise la masse de tissu morbide et cautérise la surface laissée à nu ; la cicatrisation se fait bien. Il ne connaît qu'un cas rapporté par Sims où la maladie a récidivé au bout de deux semaines.

Généralement, ce médecin emploie le galvano-cautère. Mais si la forme de la tumeur le permettait il préférerait se servir de l'écraseur. Pour lui l'opération n'est complète que quand les tissus sous-jacents ont été entièrement cautérisés.

Le Dr Kimball approuve le traitement local préconisé par M. Byrne et se déclare partisan absolu du galvano-cautère. (*Transactions of the American gynecological Society*, 1881, vol. VI, p. 199.)

Paul Rodet.

De l' « hour-glass », contraction de l'utérus traitée par le nitrite d'amyle. — Le Dr Fancourt Barnes rapporte une observation dans laquelle le nitrite d'amyle a été employé avec succès pour combattre le spasme utérin produit par l'ergot. Appelé près d'une patiente à laquelle une sage-femme avait administré l'ergot avant que le placenta ait été expulsé, il trouva l'orifice interne contracté et ne laissant passer qu'un doigt. Se rappelant que le nitrite d'amyle possède la propriété de relâcher la tension musculaire, il en versa trois gouttes sur un mouchoir et les fit respirer à la malade. Cette inhalation eut pour effet de faire cesser rapidement le spasme utérin, au point qu'on put introduire la main et détacher le placenta, qui présentait un aspect remarquablement exsangue. (*British med. Journal*, 18 mars.)

Paul Rodet.

L'asa fœtida dans la prophylaxie de l'avortement et de l'accouchement prématuré, par Carzani. — Dans la séance du 19 juin 1857 de l'Académie médico-chirurgicale de Turin, le Dr Giordano citait un mémoire de Laferla (de Malte), intitulé « Sur l'usage de la gomme résine d'asa fœtida pour prévenir la mort du fœtus dans les grossesses morbides par inertie de l'utérus. » Laferla, en recherchant la cause de l'expulsion d'un fœtus mort dans des grossesses successives, avait cru devoir l'attribuer à un état asthénique de l'utérus, et, partant de cette idée, il eut recours à l'administration de cette gomme résine. Dans 29 cas, il eut 26 succès, les trois autres femmes avaient l'une, une lésion du cœur, l'autre était syphilitique et la troisième avait commencé son traitement trop tard. Les 26 cas heureux étaient

chez des femmes ayant mis au monde, 2, 3, 4 et 5 fois des enfants morts avant d'être soumises au traitement.

Giordano voulut expérimenter ce remède, et sur 4 femmes enceintes il obtint 3 succès, la quatrième était tuberculeuse. Il conclut donc que ce mode de traitement méritait d'être suivi sans toutefois accepter la théorie de Laferla. Il pensa plutôt que l'asa agit en diminuant la vitalité de l'ovaire, qui continuerait à fonctionner pendant la grossesse. Ce serait au moment de la chute d'un ovule qu'auraient lieu les contractions prématurées de l'utérus.

Ces faits étant venus à la connaissance du professeur Carzani, ce dernier voulut à son tour faire l'expérience; il obtint 4 succès en se servant de la formule : gomme résine pulvérisée, 6 grammes; sirop simple, quantité suffisante pour faire 60 pilules, une pilule matin et soir, augmenter d'une tous les trois jours, jusqu'à ce qu'on arrive à la dose de 7 à 8 grammes par jour. On suspend le traitement un ou deux jours s'il y a de la cardialgie. (*Ann. d'obstet. ginec. e pediatria*, 1881, n° 10, et *Paris Médical*, 26 août 1882.)

Un accouchement compliqué d'échinocoques. — Une paysanne de 22 ans fut amenée à la clinique du professeur Lazarewitch, à Karkof, après trois jours de douleurs d'enfantement infructueux.

A l'examen on constate un état fébrile léger; le fond de la matrice se trouve de trois doigts au-dessus de l'ombilic. On sent au côté gauche le dos de l'enfant, au côté droit de petites parties. Le ventre est sensible à la pression. L'orifice de la matrice a une largeur de 5 centimètres, à droite on trouve la tête avec la petite fontanelle, située à droite; à gauche, la tête est couverte d'une assez grande enflure. La lèvre postérieure de la matrice est remplie d'une tumeur qui devient plus grosse en haut. Entre cette tumeur et le pubis, la tête est fortement serrée.

On eut recours tout d'abord au forceps, mais sans résultat. Alors on perfora la tête, et l'on arracha avec le cranioclaste l'os pariétal droit et l'on fit l'extraction de l'enfant; le visage se tourna vers la cuisse gauche de la mère. Le placenta suivit facilement. L'opération (sans chloroforme) avait duré une demi-heure.

Après l'accouchement, on sentait la partie gauche et postérieure de la portion vaginale augmentée, et dans la cavité de Douglas une tumeur arrondie du volume du poing, réunie étroitement à la paroi postérieure de la matrice.

Les premiers six jours après l'accouchement s'écoulèrent normalement, mais au septième fut évacuée, avec frissons et chaleur, une vessie demi-transparente, de la grandeur d'une tête d'enfant.

L'examen chimique (acide succinique, sel de cuisine) et microscopique (crochets et scolex entiers) prouva que cette poche était une vessie d'échinocoques. Le doigt trouva alors un orifice de la grandeur de 2 centimètres, avec des bords durs dans la lèvre postérieure de la matrice; par cet orifice, on pénètre dans une cavité remplie de pus et de vessies, de la grandeur d'un œuf de pigeon.

Du côté du rectum, on sentit aussi cette cavité, dont la paroi postérieure faisait saillie dans cet intestin.

Dans le cours des trois semaines suivantes, furent évacuées encore beaucoup de vessies semblables et de grandeurs différentes; quelques-unes avaient le volume d'un œuf de poule. La fièvre et les douleurs du ventre cessèrent alors, et la malade retourna chez elle.

L'auteur de l'article suppose que les échinocoques se trouvaient dans la cavité de Douglas, mais qu'ils y étaient venus d'autre part, parce qu'on n'a pas encore observé dans cette partie des échinocoques. Il croit que, par suite de l'inflammation adhésive du péritoine, s'est formée autour de ces parasites une membrane, qui fut en partie détruite, de manière à former une communication avec la cavité de la matrice.

La pression de la tête de l'enfant pendant le travail doit avoir aidé beaucoup à produire ce résultat. (*Le médecin* (en russe), 1882, n° 10.)

F. Reimann (de Kiew.)

Un cas d'empoisonnement chronique d'un enfant par des têtes de pavots. — En vue de l'habitude fatale qu'ont beaucoup de mères, et malheureusement aussi des sages-femmes de donner aux enfants des décoctions de têtes de pavots ou du sirop de pavots pour les apaiser, le cas raconté par le Dr Semtchenko, à Moscou, mérite quelque intérêt.

Un enfant, né en bonne santé, souffrait de coliques de ventre par suite d'une nourriture peu convenable. Les parents tâchaient d'apaiser ses cris fréquents par une forte décoction de têtes de pavots; au commencement on donnait une tasse, à la fin trois à quatre tasses de cette tisane par jour. De cette manière on continua pendant trois années. A la fin l'enfant ne pouvait plus se passer de cette tisane; si on la lui refusait, ou si on la remplaçait par une autre tisane sem-

blable, l'enfant devenait inquiet, souffrait d'insomnie, et avait même des convulsions.

A l'examen, le médecin trouva l'enfant extrêmement amaigri, la peau sèche. Outre des signes manifestes de rachitis, les fontanelles et les sutures du crâne étaient ouvertes, la poitrine déformée, avait la forme de poitrine de poule (*pectus cavinatum*), les épiphyses des os engorgées, défaut de dents, ventre gonflé, dérangement de digestion, l'auteur constata des symptômes qu'il attribua, avec raison, à l'influence des pavots.

Les pupilles étaient élargies, l'urine contenait de l'albumine en grande quantité et un peu de sucre. L'enfant souffrait d'insomnie, était extrêmement irritable et capricieux ; son développement intellectuel était arrêté, il était parfaitement hébêté.

F. Reimann (de Kiew).

Grossesse extra-utérine, par Gaston Heinsken. — L'auteur avance que, « dans la grossesse ovarique, il faut que le placenta soit fixé dans l'ovaire, et que le sac fœtal se trouve dans l'abdomen ». (Thèse de Halle, 1881.) A. C.

Rupture et soutien du périnée, par Mintert. — L'auteur affirme que la rupture périnéale se produit 15 fois p. 100 en général, 35 p. 100 chez les primipares, 53 p. 100 chez les primipares âgées de plus de 30 ans. Les causes de la rupture sont les maladies du plancher pelvien, son étroitesse, son défaut d'élasticité, la disproportion entre cet organe et le volume de la tête, les déformations pelviennes, le volume de la tête; les têtes petites, passant trop rapidement, déchirent aussi fréquemment que les grosses; les têtes de garçons, plus dures que celles des filles, produisent plus souvent des déchirures. Puis viennent les présentations : la plus favorable est celle du siège; celles de la face et du front sont les plus mauvaises. L'auteur ne se prononce pas au sujet du forceps, mais il croit qu'il présente peu de dangers, si on l'enlève avant la sortie totale de la tête.

Les déchirures guérissent rarement toutes seules dans toute leur étendue. Bien suturées, elles se réunissent fort bien (*restitutio ad integrum*) ; la cicatrice présente la même élasticité et la même résistance que les tissus voisins. Quant à la prophylaxie, Mintert croit que la meilleure consiste à s'opposer au passage rapide de la tête; il ne faut pas permettre à la parturiente de pousser pendant les dernières

douleurs; le décubitus latéral lui rend cet effort moins facile et nous permet de mieux surveiller le périnée. Il est utile de soutenir le périnée, et de retarder la progression de la tête; l'auteur a grande confiance dans l'*expulsio capitis per rectum*, dont il attribue la paternité à Ritgen et Olshausen. Voici comment il la décrit : l'index et le médius sont introduits dans le rectum, le pouce placé sur la commissure antérieure, prêt à retenir la tête, les deux premiers doigts pressant sur le front, puis sur les joues du fœtus.

L'incision des bords vulvaires doit être réservée pour les cas graves.

Quant au traitement, Mintert croit que la suture est le seul bon moyen, même pour les déchirures peu étendues. (Thèse de Halle, 1881.)

A. C.

Pansement à l'iodoforme, par Adrian SCHUCKING. — Pour l'auteur, l'iodoforme occupe le premier rang parmi les antiseptiques dans les pansements, après les opérations gynécologiques ; son action énergique, continue et non irritante, son application facile dans des régions où le listérisme n'est pas praticable, le fait qu'on peut laisser les plaies longtemps sans y toucher, — grand avantage dans les opérations autoplastiques, — en fait une acquisition précieuse. Il n'est cependant pas destiné à supplanter le listérisme pendant les opérations, et Schucking l'emploie toujours, lavant les plaies avec une solution à 5 p. 100, avant d'appliquer l'iodoforme. Dans trois opérations de prolapsus, il a appliqué l'iodoforme avec un pinceau, et a saupoudré le vagin avec 10 ou 15 grammes d'iodoforme, qu'il y a laissé pendant trois jours, avant de faire des irrigations. La cavité qui avait renfermé un gros fibroïde utérin fut remplie d'iodoforme et de coton ; dans une laparotomie, le pédicule fut saupoudré d'iodoforme, et on laissa pénétrer 3 ou 4 grammes de ce médicament dans l'abdomen ; l'opérée n'eut pas de fièvre et put quitter son lit au bout de deux semaines. On peut masquer l'odeur désagréable de l'iodoforme au moyen de la fève de Tonquin ou de la cumarine, en petite quantité. (*Centralb. f. Gyn.*, n° 13, 1882.) A. C.

Contraction en clepshydre avant l'accouchement. — Le Dr Haines, de Durand (Illinois), comme pendant au cas de Smith (1), rapporte le fait suivant :

(1) *Annales de Gynécologie*, 1882, t. II, p. 233. (A. C.)

Mme E. F..., âgée de 28 ans, a eu plusieurs fausses couches, et trois enfants à terme; elle est arrivée au septième mois de sa grossesse; elle a de fortes douleurs depuis neuf heures. A l'examen, Haines trouve le vagin occupé par une poche d'eaux volumineuse, et le col dilaté et flasque. Les contractions ne font guère tendre la poche; aucune partie fœtale perceptible. Les membranes ayant été rompues artificiellement, Haines est surpris de trouver l'utérus vide; la main, introduite profondément, rencontre, à peu près au niveau de l'ombilic maternel, une ouverture étroite, dans laquelle s'engage une partie du placenta. Haines, à grand' peine, réussit à dilater cet orifice, et à aller saisir les pieds du fœtus, et à l'amener au dehors. L'enfant n'a pas survécu. Délivrance rapide, rétablissement prompt de l'accouchée.

La poche supérieure, qui renfermait le fœtus et était d'un volume à peu près égal à celui de la poche inférieure, ne contenait que peu de liquide; les contractions se produisaient presque uniquement dans la poche supérieure; la parturiente comparait ses douleurs à des crampes, et elle n'eut aucun désir de pousser, même depuis la rupture de la poche. (*Am. Journ. of obst.*, 1882, p. 696.)

A. Cordes.

La ligature des extrémités comme moyen hémostatique, par le le Dr Pryor jeune, de Lexington, Kentucky. —L'auteur applique cette ligature dans le cas où la contractilité utérine est encore intacte, ou à peu près, où l'utérus répond encore aux stimulants. Voici, d'après lui, les avantages de cette méthode :

1° Elle nous donne quatre réservoirs, dans lesquels nous pourrons puiser le sang nécessaire à la prolongation de la vie de la parturiente.

2° Elle soulage la pression artérielle, en diminuant la force impulsive du cœur, et, par suite, favorise l'arrêt de la perte.

3° Elle nous donne du temps pour mettre en action les moyens ordinaires et extraordinaires de faire contracter l'utérus.

La ligature des membres peut avoir pour effet de produire la syncope; cet accident, qui est plutôt heureux, peut être conjuré en desserrant les ligatures et en plaçant la tête de la parturiente dans une position déclive.

Pryor se sert préférablement d'une bande élastique, dont il entoure les membres à leur racine, en serrant assez fortement pour ar-

rêter le cours du sang veineux, mais pas suffisamment pour gêner la circulation artérielle; puis il la fixe par une boucle.

Pryor rapporte 5 cas de succès dont 2 d'hémorrhagie utérine, 2 d'hémorrhagies pulmonaires répétées, et 1 d'épistaxis rebelle. (*Am. Journ. of obst.*, 1882, p. 697.)

A. CORDES.

Traitement rationnel des déplacements antérieurs de l'utérus, par le Dr MACAN, de Dublin. — Voici les conclusions de l'auteur :

1° La position normale de l'utérus, lorsque la vessie est vide, est l'antéflexion. Cette idée est celle de Fritsch, qui, dans le livre III de *Billroth's Handbuch der Frauen Krankheiten*, a décrit et figuré l'utérus qu'il regarde comme normal, avec une antéflexion de près de 90°. Il est donc rare que l'antéflexion demande un traitement mécanique ; si elle se traduit par des symptômes morbides, ce sera les complications que nous aurons en général à traiter.

2° Dans les rétroflexions ou les rétroversions, l'indication première est de traiter le déplacement. Pour cela, nous devons placer l'utérus en antéversion exagérée, puis fixer *le col*, en arrière, au moyen d'un pessaire.

3° Le pessaire de Hodge, ou tel autre qu'on emploiera pour la rétroflexion, non compliquée d'adhérences, doir agir en fixant le col en arrière et non en pressant contre son fond, pour l'élever.

Macan croit que le nom *pessaire-levier*, donné à l'instrument de Hodge, a trompé les gynécologistes sur son mode d'action.

4° Les versions sont plus sérieuses que les flexions, en ce sens qu'elles sont causées par la rigidité du parenchyme utérin, qui est généralement due à la métrite chronique.

5° Pour pouvoir comparer entre eux les résultats de l'examen bimanuel, il faut le pratiquer dans le décubitus dorsal, après avoir vidé la vessie.

6° La confusion qui existe dans les moyens de traitement des déplacements antérieurs et postérieurs est due, en grande partie, à ce que l'on prend comme prouvé que le traitement des unes doit convenir aux autres. (*Dublin Journ. of med, sc.*, juillet 1882.)

A. CORDES.

Gaine antithermique du Dr Wilson, de Baltimore, pour le cautère Paquelin. — Le Dr Wilson, pour prévenir l'échauffement des parois

du vagin, ou de tout autre conduit, dans la profondeur duquel on peut avoir à faire une cautérisation, a eu l'idée de faire construire par M. C. Wilson, de Baltimore, une gaine, formant une sorte de canal ouvert sur toute sa longueur, pour faciliter l'introduction du cautère et sa manœuvre ; cette gaine a deux parois, entre lesquelles il fait circuler un courant d'eau froide, comme cela se fait dans quelques spéculums. Si l'on doit employer le cautère à bouton de Paquelin, la gaine qu'on emploie se compose de deux valves qui, réunies, forment un canal complet. Chacune de ces valves est aussi à double paroi, et un courant d'eau froide, lancé par un irrigateur Eguisier, les maintient à une basse température.

Le Dr Wilson ne se sert que du spéculum de Sims qui, seul, donne une liberté suffisante aux mouvements de l'instrument. Il a présenté cet appareil à la Société médicale de la Virginie, le 23 octobre 1879, et vient de publier à Paris une brochure à ce sujet.

A. Cordes.

Albuminurie, accouchement prématuré artificiel, pas d'éclampsie, par le Dr A.-D. Macdonald, de Liverpool. — Mme L..., primigeste, retient, le 5 avril dernier, M. Morrish, pour son accouchement, qu'elle attend pour le milieu de juillet ; les extrémités inférieures sont œdématiées ; l'urine renferme une trace d'albumine. Au commencement de mai, Mme L... est obligée de garder le lit, à cause de l'œdème des jambes et des lèvres de la vulve. La face n'est pas bouffie, et la malade n'a pas eu de maladie de Bright. Le 10 mai, l'urine pèse 1041, la malade en rend 512 grammes dans les vingt-quatre heures ; elle est tellement albumineuse, qu'elle se prend par l'ébullition en une masse qui reste dans le tube quand on le renverse. Céphalalgie ; pouls à 120. On se décide à provoquer l'accouchement prématuré, au moyen d'une sonde molle, introduite dans l'utérus ; œdème des lèvres réduit par des piqûres.

Rien de notable dans le travail qui se termine le 13 au matin, par la naissance d'un enfant, dont le développement annonce sept mois de vie intra-utérine. La malade a pris, la nuit précédente, 3 grammes de chloral. Pas de crise éclamptique. Deux jours après la délivrance, l'œdème a disparu ; l'urine pèse 1031, sa réaction est neutre, elle renferme moins d'albumine ; la quantité rendue en vingt-quatre heures est 1 litre et demi. L'albumine diminue graduellement ; la mère et l'enfant se portent bien.

L'auteur remarque que les symptômes se sont accusés de plus en plus, au fur et à mesure de l'ascension de l'utérus, qui pressait de plus en plus sur la veine cave et les veines rénales. Tout faisait craindre l'urémie ; mais la provocation en temps utile de l'accouchement prématuré avec ses bons résultats est un exemple encourageant pour les cas semblables. (*Brit. med. Journ.*, 1882, t. II, p. 15.)

A. CORDES.

Fistule vésico-vaginale guérie sans opération. — Le Dr JOWERS a vu, dans son service à l'hôpital de Brighton, une femme de 31 ans, accouchée dix semaines auparavant, pour la sixième fois ; l'accouchement avait été difficile, et terminé par une application de forceps. La fistule située au haut de la paroi vaginale antérieure présentait des bords irréguliers, et était assez large pour admettre le bout de l'index d'un adulte. Reçue le 5 juillet 1882, elle sortait parfaitement guérie le 6 septembre. Le traitement s'est réduit à l'application de la sonde à demeure et au décubitus abdominal. (*Lancet*, 1882, t. II, p. 487.)

A. CORDES.

Hermaphrodisme. — Le Dr FANCOURT BARNES a mis au monde un enfant de sexe douteux, pourvu d'un gros pénis ou clitoris, muni d'un prépuce et d'un frein solide. Au-dessous s'ouvre un petit canal qui admet un stylet ordinaire et laisse écouler l'urine. Le pénis présente une dépression semblable au méat urinaire. Le scrotum (?) est divisé et ressemble aux lèvres vulvaires ; mais on n'a trouvé nulle part de trace de testicules. Barnes incline à croire que l'enfant appartient au sexe féminin.

Si l'enfant vit, *il* (ou *elle*) sera présenté à la Société obstétricale. (*Ibid.*, p. 499.)

A. CORDES.

VARIÉTÉS

De l'enseignement des accouchements dans les hôpitaux de Paris et à la Faculté de médecine. — Nous lisons dans le *Progrès médical* du 4 novembre 1882, sous la signature de M. le Dr Langlet, un article que nous croyons utile de reproduire. Nos lecteurs verront combien l'étude de la gynécologie et de l'obstétrique est négligée dans les cliniques officielles. Aussi, avec l'auteur de l'article, nous demandons au Conseil municipal d'utiliser les immenses ressources que fournissent au point de vue scientifique nos établissements hospitaliers, en organisant un enseignement vraiment pratique, en créant, comme le dit M. le Dr Langlet, une *Ecole municipale de médecine*.

A. L.

Depuis le 1er novembre, un progrès a été réalisé dans l'organisation des hôpitaux de Paris. Un certain nombre des services d'accouchements viennent d'être confiés à de nouveaux titulaires.

Au mois de mai 1877, M. Bourneville avait déposé au Conseil municipal un vœu pour demander à l'Assistance publique : 1° d'établir des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices ; 2° de confier ces services à des accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins et les services de chirurgie à des chirurgiens ; 3° de nommer les accoucheurs à la suite d'un concours imposant, des connaissances générales et des connaissances spéciales.

Ce vœu, accepté par le Conseil municipal, a été renouvelé par lui en décembre 1878 et en décembre 1879. Après de longues discussions, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est rangé à son avis, et, cette année même, quatre places d'accoucheurs des hôpitaux ont été mises au concours.

Dès aujourd'hui M. Budin est à la tête du service de la Charité, M. Porak est à Saint-Louis, M. Pinard à Lariboisière et M. Ribemont à Tenon. De plus, ces mêmes accoucheurs devront surveiller les accouchements faits chez les sages-femmes de la ville, attachées aux hôpitaux.

Voici donc une première question résolue, la question hospitalière. La ville de Paris est assurée que les femmes en couches rece-

vront désormais les soins éclairés qui leur sont légitimement dus. Reste une autre question qui est également d'une importance capitale: c'est la question de l'enseignement.

Dans un rapport à M. le Ministre de l'instruction publique sur l'enseignement de l'obstétrique à l'étranger, M. Budin (1) disait: « Partout on exige que les étudiants, avant de se présenter à leurs examens, se soient fait inscrire dans le service de la clinique obstétricale pendant un temps plus ou moins long, un semestre par exemple. On ne se borne pas en général à cette inscription, les étudiants doivent encore prouver qu'ils ont fait personnellement un ou plusieurs accouchements; le nombre de ces accouchements est de 2 en Hongrie; de 4 en Allemagne; de 4 à 30 dans la Grande-Bretagne suivant le corps examinant et suivant le titre qu'on désire obtenir; de 10 à Helgsinfors, etc. En Hollande, les étudiants doivent non seulement avoir assisté à 10 accouchements normaux, mais encore avoir pratiqué 2 accouchements laborieux. » Et M. Budin concluait ainsi: « En résumé, dans presque tous les pays, non seulement tous les élèves en médecine reçoivent un enseignement obstétrical théorique et font des manœuvres opératoires, mais « on favorise autant que « possible leur instruction clinique et ils sont obligés de prouver, au « moment de passer leurs examens, qu'ils ont personnellement pra- « tiqué plusieurs accouchements simples ou laborieux. »

Si on jette un coup d'œil sur l'enseignement de l'obstétrique à la Faculté de médecine de Paris, on voit qu'il comprend des cours théoriques, des manœuvres opératoires et l'enseignement clinique. Un cours théorique est fait pendant le semestre d'été par le professeur titulaire, un autre cours (cours auxiliaire ou complémentaire) est confié pendant l'année à l'un des agrégés en exercice, enfin M. Farabeuf, qui a si bien réorganisé l'Ecole pratique, a ajouté aux cours de médecine opératoire chirurgicale un cours de manœuvres obstétricales: les étudiants répètent à tour de rôle les opérations sur le fantôme, ils sont surveillés par des aides spéciaux sous la direction d'un des agrégés de la Faculté.

Quant à l'enseignement clinique, il n'est évidemment pas suffisant. Il n'est donné, en effet, que dans un seul hôpital. M. le Dr Pinard (2),

(1) *Journal officiel* du 10 avril 1879 et *Progrès médical* du 19 avril 1879.
(2) Le *Progrès médical*, juin 1881.

agrégé d'accouchements, a montré que dans l'ancienne Clinique, les étudiants n'y étant admis que de 8 heures du matin à 10 heures du soir, ne pouvaient voir que 307 accouchements en moyenne. Chaque année la Faculté reçoit 600 docteurs environ, ce qui fait qu'il y a un demi-accouchement par élève, et M. Pinard affirme que « nombre d'entre eux sont reçus docteurs, qui n'ont jamais examiné une femme ni assisté à un accouchement ». Et ces observations n'ont jamais été démenties.

Malgré l'organisation de la nouvelle Clinique, les choses sont encore à peu près dans le même état, puisqu'au lieu de 36 lits pour les femmes accouchées, il y en a 40.

M. Budin (1) a fait, d'autre part, une étude comparative sur le nombre des étudiants et le nombre des chaires destinées à l'enseignement de l'obstétrique. En Angleterre, en Autriche, en Belgique, en Suisse, en Allemagne et en Italie, il a montré qu'il existe en moyenne une chaire d'accouchements pour 187 élèves (75 pour 13,794) : ces chaires sont doublées presque toutes d'un service clinique, tandis qu'à Paris il n'y a qu'un seul service consacré à l'enseignement clinique de 5,100 étudiants.

M. Vulpian avait donc raison quand il disait : « Il est impossible qu'un aussi grand nombre d'aspirants au doctorat — auxquels il faudrait adjoindre les aspirants au titre d'officier de santé et les élèves sages-femmes — puisse s'initier dans un seul service de clinique à la pratique des accouchements.

Tous les étudiants sont obligés de faire deux années de stage dans les services de médecine et de chirurgie. Si nous en croyons un rapport dû à M. Le Fort (2), la Faculté songerait à exiger un stage obstétrical. Après avoir discuté de nouvelles propositions relatives au séjour des étudiants dans les services qui relèvent des professeurs et des agrégés de la Faculté, M. Le Fort ajoute en effet : « Il nous resterait à examiner l'organisation à donner au stage pour ce qui concerne les études obstétricales. Sur ce point, la Commission se borne à demander un stage spécial d'au moins trois mois, mais elle laisse à M. le professeur Depaul le soin de proposer cette organisation. »

---

(1) Le *Progrès médical*, juin 1881.

(2) *Rapport sur l'organisation du stage*, 1881.

En attendant que ce désidératum soit comblé, il importe que les étudiants puissent trouver des ressources dans les nouveaux services organisés pour les accouchements. Ce ne sera pas du reste la première fois que l'enseignement libre des hôpitaux viendra combler les lacunes de l'enseignement officiel.

Cependant il est un premier point qu'il ne faut pas oublier, c'est que, avant tout, l'intérêt des femmes doit être absolument sauvegardé. Les femmes qui accouchent deviennent facilement malades par contagion, et le plus souvent la transmission a lieu par les personnes qui les assistent. De grandes précautions doivent donc être prises, et des règlements sévères qu'il sera du devoir des étudiants de ne pas enfreindre, seront évidemment imposés par les chefs à ceux qui seront admis dans les salles de femmes en couches.

Ils ne devront pas aller dans les services de médecine et de chirurgie, afin de ne pas se trouver en contact avec des malades atteints d'affections contagieuses, ils devront éviter de se rendre dans les amphithéâtres d'anatomie et de faire de la médecine opératoire. Nous ne doutons pas que les nouveaux accoucheurs, après avoir pris toutes les précautions nécessaires, ne se prêtent à cet *enseignement*, dont mieux que personne ils connaissent l'insuffisance. Cet enseignement, toutefois, ne sera que bénévole ; si les choses restent dans l'état où elles sont aujourd'hui, les étudiants peu zélés pourront continuer à passer leurs examens sans avoir assisté à un seul accouchement. Il faut donc que la Faculté fasse plus, elle doit *exiger un stage obstétrical*. Il ne faut pas oublier, en outre, que l'enseignement pour être sérieusement donné dans les services actuels, sera forcément limité : la réclamation de M. le professeur Vulpian est donc absolument justifiée : « La nécessité s'imposera un jour ou l'autre, disait-il, de doter la Faculté d'un second service de clinique obstétricale. De toutes les chaires nouvelles que l'on peut réclamer pour notre Faculté, c'est assurément celle dont la création répondra le mieux à un besoin urgent de l'enseignement médical professionnel ».

Si l'enseignement clinique de la médecine et de la chirurgie donné en France peut, grâce aux chaires qui existent, soutenir avec avantage la comparaison avec celui qui est donné à l'étranger, il ne faut pas que notre pays reste en arrière pour l'enseignement si important de l'obstétrique.

L'organisation, faite à la demande du Conseil municipal de Paris, de services spéciaux confiés à des accoucheurs fournit, dès aujour-

d'hui, de précieux éléments d'instruction aux étudiants. L'enseignement, fait dans ces services, montre une fois de plus de quelles ressources dispose la ville de Paris pour la création d'une Ecole municipale de médecine. Dr LANGLET.

Hôtel-Dieu : Clinique des maladies des femmes. — M. le Dr T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, a repris son cours de clinique médicale sur les maladies des femmes, le samedi 11 novembre, à 9 heures du matin ; il le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre DESAULT.

Les jeudis : consultation avec examen au spéculum.

Policlinique. — M. le Dr Chéron recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 13 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

M. le Dr Bar, chef-adjoint à la **Clinique d'accouchements**, commencera son cours : Sur la conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches, le mardi 21 novembre 1882 à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Il le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants.

Erratum. — Quelques erreurs, qui ne doivent pas être imputées à notre distingué collaborateur le Dr Paul Rodet, se sont glissées dans le compte rendu des sociétés savantes du dernier numéro de ce Journal.

Nous signalerons simplement le passage suivant, relatif à l'importante et si intéressante communication faite par M. Tarnier à l'Académie de médecine sur l'allaitement des nouveau-nés.

Page 311, au lieu de dire : « que contrairement à ce qu'on pourrait supposer, le sucre de lait est le moins bon parce qu'il a pour effet d'amener la précipitation de la caséine sous forme de flocons volumineux, de digestion difficile, » M. Tarnier s'est exprimé en ces termes : « Certains travaux font penser que le sucre de lait vaudrait paraît-il mieux que le sucre de canne, parce qu'il aurait pour effet de déterminer la coagulation de la caséine sous forme de flocons *plus petits* et d'une plus *facile digestion* (1).

(1) V. Compte rendu de l'Académie de médecine, séance du 26 sept. 1882.

Les *Annales de gynécologie* ont recu :

Traité pratique des accouchements, par le Dr A. CHARPENTIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8, avec 600 figures. Prix : 25 fr.

En vente : t. Ier Anatomie physiologie, grossesse, développement du fœtus, accouchement naturel, suites de couches physiologiques, pathologie de la grossesse. 1 vol. in-8 de 1,050 pages, avec 1 planche chromolithographiée et 333 figures intercalées dans le texte.

Le t. II, payé à l'avance, sera livré gratis aux souscripteurs en février 1883. Aussitôt l'ouvrage complet, le prix en sera augmenté.

Kyste ovarien suppurant après l'accouchement, hyperpyrexie, ovariotomie, guérison, par HENRY DAY. (*British med. Journal*, 28 octobre 1882, p. 826.)

Accouchements antiseptiques, par BRAIDWOOD et VACHER. (*British med. Journal*, 28 octobre 1882, p. 826.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Traitement rationnel des déplacements antérieurs et postérieurs de l'utérus. par MACAN. (*British medical Journal*, 29 juillet 1882, p. 169.)

Lacérations du col, par MOORE MADDEN. (*British medical Journal*, 29 juillet 1882, p. 170.)

Inversion complète du vagin, par BRAUN. (*All. Wiener med. Zeit.*, 16 mai 1882.)

Eruption cutanée pendant la grossesse, par OSWALD. (*The Lancet*, 10 juin 1882.)

Stérilité dépendant de déviations utérines et moyens de la combattre, par PULIDO. (*Anales de Obstetricia, ginepatia y pediatria*, juillet 1882, p. 209.)

Albuminurie; accouchement prématuré artificiel; pas d'éclampsie, par MACDONALD. (*British medical Journal*, 1er juillet 1882, p. 15.)

Traitement de l'ovaire malade par la ligature, par MURPHY. (*British medical Journal*, 1er juillet 1882, p. 15.)

Convulsions puerpérales; cathétérisme œsophagien; accouchement rapide; guérison, par CORBY. (*British medical Journal*, 1er juillet 1882, p. 16.)

Remarques sur les cas où tout ou partie du placenta a été retenu plus longtemps que d'habitude après l'accouchement, par BRAXTON HICKS. (*British medical Journal*, 22 juillet 1882, p. 125.)

Occlusion de l'orifice cervical dans le travail, par JOYCE. (*British medical Journal*, 22 juillet 1882, p. 131.)

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1882

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ANUS CONTRE NATURE ILEO-VAGINAL
ET DES FISTULES INTESTINO-UTÉRINES (1).

Par le Dr L. H. Petit,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

INTRODUCTION

Le présent travail constitue un chapitre de pathologie gynécologique que l'on chercherait en vain dans les ouvrages classiques français ou étrangers. En effet, parmi les fistules intestino-vaginales, celles du rectum sont bien connues et bien décrites, mais c'est à peine si, dans quelques livres modernes de pathologie externe et de gynécologie, la communication d'une autre portion de l'intestin avec le vagin est mentionnée.

Cette lacune, que nous allons essayer de combler, nous a été révélée il y a quelques années (1876), lorsque, à propos d'une

(1) Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Huguier, 1881).

belle observation d'anus iléo-vaginal recueillie dans le service de M. Verneuil, nous avons voulu, d'après le conseil de notre cher maître, consulter les auteurs pour nous renseigner sur l'état de la science à cet égard. Chez les uns, quelques faits trop succincts et parfois défigurés; chez les autres, quelques lignes sur le sujet, ou le silence le plus absolu : tel est ce que nous avons trouvé. Nous nous sommes mis alors à l'œuvre, fouillant les recueils, parcourant les observations de rupture de l'utérus et du vagin, de cancer de ces organes, la collection des comptes rendus des sociétés d'obstétrique et de gynécologie des différents pays, etc.; et de cette affection pour ainsi dire ignorée, nous n'avons pas trouvé moins de vingt-trois observations (1).

L'article le plus important, celui de Breisky, paru en 1879, alors que notre travail était presque terminé, ne comprend que huit pages et ne mentionne que neuf cas.

Il y a quelque vingt ans, M. Verneuil, à la suite de recherches analogues sur *l'inclusion scrotale et péri-testiculaire*, sujet inédit avant lui, a pu écrire un travail qui a servi depuis à tracer les descriptions qui ont été faites de cette affection.

En 1879, j'ai publié, à l'aide de documents disséminés dans la science et recueillis à grand'peine, un petit livre sur la *gastro-stomie*, qui établit d'une manière exacte, je le crois du moins, l'histoire, les indications et contre-indications, et le manuel de cette opération.

---

(1) Nous avions d'abord voulu nous borner à l'étude des communications de l'intestin grêle avec le vagin ; mais, chemin faisant, nous avons rencontré tant d'analogie entre les fistules fécales vaginales et utérines, tant aux points de vue de la pathogénie que du diagnostic, que nous avons dû comprendre dans notre travail les fistules utéro-intestinales. D'autre part, la même analogie existe aussi bien pour le côlon que pour l'intestin grêle, de sorte que nous avons fini par étendre notre étude à celle des communications accidentelles du cæcum, de l'S iliaque et de l'intestin grêle avec le conduit utéro-vaginal. Cette extension était en quelque sorte forcée, car nous avons recueilli deux cas dans lesquels, en l'absence d'autopsie, on n'a pu se prononcer sur le siège exact de la fistule, pas plus du côté de l'intestin que du côté du vagin ou de l'utérus.

C'est pourquoi, à nos 23 observations d'anus iléo-vaginales, nous avons joint 18 cas de fistule intestino-utérine.

Le présent travail, rédigé à l'aide des documents également peu connus que nous avons recueillis dans la littérature médicale, nous a permis de donner de l'anus vaginal accidentel une étude à peu près complète, et affirmera une fois de plus la puissance de la méthode bibliographique.

HISTORIQUE (1).

Du XVI[e] au XIX[e] siècle, nous avons trouvé peu de chose dans les auteurs. Les accoucheurs de l'époque, depuis Guillemeau jusqu'à Moreau, ont observé maintes fois la rupture de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement, et même l'issue des intestins par la rupture; mais, ou la malade est morte immédiatement, ou bien elle a guéri sans anus vaginal. Il existe cependant, çà et là, quelques faits qui, malgré leur trop grande concision, prouvent que l'affection, si elle n'a pas été décrite, a du moins été rencontrée.

Benivenius a vu une femme dont tous les intestins étaient sortis par la vulve et qui en était morte au bout de peu de jours. (*De abditis morborum causis*, 1528, f. 4. recto.)

Amatus Lusitanus rapporte avec un peu plus de détails l'histoire d'une femme qui, après avoir rendu pendant longtemps du sang avec l'urine et les selles, finit par émettre les matières fécales par le vagin. Il s'agit probablement d'un cancer de l'utérus qui aurait, à la longue, perforé les intestins et la vessie, comme dans le cas de Hufeland que nous rapporterons plus loin ou d'un ulcère rongeant de l'intestin, dit l'auteur, qui aurait perforé la vessie et le vagin. (*Curat. medic.*, cent II, Burdigalæ, 1620, in-4, p. 152.)

Paullinus, qui rapporte un cas à peu près semblable, que lui a communiqué son ami Stange, renvoie, pour d'autres faits du même genre, à Schenck et à Bartholin. (*Appendix ad ann. VII, dec.* II, *ephem. nat. cur.*, p. 135, obs. X.)

Dans le cas de Schenck, la fistule était probablement iléo-

(1) Nous n'avons fait ici, pour éviter toute confusion, que l'histoire de l'anus iléo-vaginal.

utérine. (*Obs. med. lib. III*, édit. de Francfort, 1600, vol. Ier, p. 717); dans celui de Bartholin, elle était recto-vaginale. (*Hist. anat. rar.*, cent. II, obs. 63, Amsterdam, 1659, p. 257.)

Nous lisons encore dans les observations d'Henricus ab Heer qu'un des confrères de ce médecin pratiqua, contre son avis, la résection d'un utérus prolabé dans lequel se trouvait une anse du côlon. La malade mourut pendant l'opération, et les fèces sortirent par le vagin. (*Observ. med. oppido rar.*. p. 252, Lipsiæ, 1645.)

Bonet a consigné dans son *Sepulchretum* un fait tout aussi curieux. Une femme rendait de temps en temps du pus par l'anus et le col de la matrice. Celui-ci étant ouvert, on trouva deux fistules qui allaient jusqu'à l'anus, de façon que les matières fécales liquides pouvaient arriver au col de l'utérus. (*Sepulchretum*, t. II, p. 188, 1700.)

Garmann a observé un fait assez analogue à celui de Henricus ab Heer, mais qui rentre plus dans notre sujet.

Observation I.

Une femme avait une tumeur qui partait d'une des parois latérales du vagin et qui sortait par l'orifice de ce conduit. Un chirurgien, aussi téméraire qu'ignorant, prit sans doute cette tumeur pour un abcès et l'incisa. Aussitôt le cæcum et une grande partie du côlon furent chassés par les efforts involontaires que l'augmentation de la douleur excitait chez cette malheureuse femme; ils sortirent par la plaie et restèrent au dehors. La malade supporta quelque temps cet état fâcheux; mais, la gangrène étant survenue par la suite aux intestins échappés du ventre, la femme périt. (Gunzius, *Obs. anat. chir. De herniis libellus*. Leipzig, 1744, in-4°, p. 83-84.)

Jusqu'alors les observations ne sont guère explicites: elles sont racontées comme faits extraordinaires, mais l'anatomie pathologique, la description des symptômes et le traitement sont à peu près laissés de côté. Nous allons arriver à des cas plus concluants.

En 1799, Colman, de Norwich, rapporte un cas de grossesse extra-utérine, terminée par une fistule intestino-vaginale. Le fœtus s'étant fait jour par le cul-de-sac postérieur du vagin, l'inflammation du kyste se communiqua à l'intestin, qui s'ouvrit, et, pendant quelque temps, il sortit par le vagin une partie des matières fécales. Colman pense que l'intestin fut perforé très haut, et Michon, qui mentionne plus tard ce fait, dit que ce fut l'intestin grêle.

Vers la même époque, Hufeland publia une belle observation de cancer de l'utérus qui, ayant envahi les anses intestinales voisines et les culs-de-sac vaginaux, donna naissance à une fistule iléo-vaginale, reconnue pendant la vie et confirmée par l'autopsie. (*Journal der prakt. Arzneykunde*, IX Bd, p. 131.)

Une troisième variété de fistule fut observée par Wood en 1819. Le col de l'utérus s'étant déchiré pendant un accouchement, les intestins s'échappèrent par la plaie. La portion herniée se sphacéla, ainsi que la partie déchirée de l'utérus, et, dès lors, l'intestin s'aboucha directement dans le vagin.

Une des observations les plus curieuses de notre collection est due à Mac Keever (1820). A la suite d'un accouchement très laborieux, il sortit, au 5e jour, environ un mètre et demi d'intestin grêle par le vagin; on ne fit aucune tentative de réduction, et l'anse herniée se sphacéla et s'élimina spontanément; pendant deux ans, les fèces et l'urine s'écoulèrent par le vagin. Au bout de ce temps, la malade redevint enceinte; l'ascension de l'utérus dans l'abdomen exerça sur l'anus vaginal une influence telle que les matières s'écoulèrent de plus en plus difficilement par cette voie et qu'elles finirent par reprendre leur cours normal. Après l'accouchement, qui se fit sans accident, elles cessèrent entièrement de passer par le vagin. Seule, la fistule vésico-vaginale persista. (*Practical Remarks on laceration of the uterus and the vagina, with cases*, London, 1824, p. 41 à 58.)

Cette remarquable observation a été à peu près laissée dans l'oubli aussi bien par les auteurs anglais que par nos compatriotes.

Wm. Campbell la cite même très inexactement. Il parle d'un cas extraordinaire, rapporté par le Dr Keever (*sic*), de Dublin, « *dans un petit livre très utile publié en* 1814 ». Dans ce cas, une jeune femme robuste avait eu l'utérus rompu dans un accouchement laborieux qui avait duré trente heures; près de quatre pieds d'intestin étaient sortis par le vagin et s'étaient sphacélés au 6e jour de l'accident. Pendant près de deux ans, les fèces s'étaient écoulées par la rupture utérine et sortaient par le vagin. Au bout de ce temps, elles avaient repris leur cours normal; dix-huit mois après la femme conçut, et accoucha à terme d'une petite fille. » (*The Lancet*, 1828-29, t. I, p. 37.)

Campbell n'a évidemment pas compris la fin de l'observation, ni le rôle qu'a joué la grossesse sur la guérison de la fistule iléo-vaginale, car il place cette heureuse terminaison avant la grossesse.

Robert Collins ne parle même pas de l'anus accidentel. Dans le cas de Mac Keever, dit-il, près de quatre pieds d'intestins sortirent; néanmoins la malade guérit. (*A practical treatise of midwifery*, London, 1836, p. 241.)

John Burns cite correctement, mais trop succinctement ce fait, que lui a communiqué M. Keever. (*The principles of midwifery*, 10e édit. London, 1843, p. 531, en note.)

Les accoucheurs et gynécologistes plus modernes, Ramsbotham, Barnes, Leishman, etc., ne citent même plus, ni M. Keever, ni l'anus vaginal accidentel.

En France, Cazeaux en parle dans son traité d'accouchement, mais sans l'avoir lu évidemment, car il appelle l'auteur M. Kerver et renvoie à Burns.

M. Devillez, dans sa thèse sur les *Ruptures de l'utérus*, Paris, 1870, l'appelle M. Keener et renvoie à une version écourtée et incomplète de la *Bibliothèque médicale*, t. LXXV, p. 403.

Toutefois, si j'en juge d'après les difficultés que j'ai éprouvées pour me procurer l'observation originale, nos compatriotes sont excusables de n'avoir pu la lire.

Cette observation a été communiquée d'abord en 1820 à la Société du collège des médecins d'Irlande (1). Or, cette version s'arrête aux accidents immédiats de l'accouchement, et c'est celle qu'a analysée la *Bibliothèque médicale*. Quant à l'histoire complète de la maladie, elle ne se trouve que dans le livre de Mac Keever dont nous avons parlé plus haut. Ce livre, malheureusement, est fort rare en France, car aucun des accoucheurs ne le possède, non plus que les grandes bibliothèques de la capitale. Ayant vu, dans le catalogue de la bibliothèque de la Société obstétricale de Londres, que celle-ci possédait deux exemplaires du susdit ouvrage, je priai un de mes amis, en résidence dans cette ville, de vouloir bien me faire copier l'observation entière dans l'original : ce qu'il fit. C'est donc grâce à l'extrême obligeance de M. R. Leudet fils que j'ai pu, peut-être le premier en France, lire *in extenso* la remarquable observation de Mac Keever, dont on trouvera plus loin la traduction.

En Allemagne, Kiwisch cite le cas de M. Keever, mais en quatre lignes et sans indiquer la source bibliographique (*Klin. Vorträge*, 2e vol. p. 559, 1857.)

Des erreurs plus graves ont été commises à propos d'une observation intéressante que Roux communiqua à l'Académie de médecine dans la séance du 10 avril 1828.

Une femme, à la suite d'un accouchement laborieux, fut atteinte du côté de l'abdomen d'accidents graves qui se terminèrent par la formation d'un anus vaginal. D'après certains signes, et en particulier d'après la nature des matières qui sortaient par le vagin, Roux pensa que l'iléon s'abouchait dans ce conduit et résolut de pratiquer l'opération suivante : ouverture de l'abdomen à la partie inférieure, recherche de l'anse lésée, dissection des adhérences de l'intestin avec le vagin, suture des deux bouts de l'intestin, rentrée de celui-ci dans le ventre et fermeture de la plaie pariétale.

---

(1) *Trans. of the association of fellows and licentiates of the King's and Queen's College of physicians in Ireland*, t. III, p. 280, 1820.

La malade étant morte des suites de l'opération, on trouva à l'autopsie que le bout stomacal de l'intestin grêle, au lieu d'être réuni au bout rectal, avait été abouché avec le bout stomacal du côlon descendant, pris pour le bout inférieur de l'intestin grêle; que par suite, le bout rectal du côlon descendant s'ouvrait librement dans la cavité abdominale.

Roux s'était donc trompé, il n'avait coupé qu'en un point l'intestin grêle, divisé en travers le côlon descendant, et réuni le bout stomacal du premier avec le bout stomacal du second.

Les auteurs qui ont parlé de cette tentative malheureuse ont commis, pour la plupart, deux fautes. Ils ont d'abord tronqué le récit de manière à lui ôter tout son intérêt, puis au lieu de recourir au texte original, si facile à trouver (1), ils ont préféré se copier les uns les autres.

Je fais exception pour Michon, qui cite exactement Roux et Casamayor (thèse de concours, 1841, p. 230), pour Philippe Boyer qui, ayant assisté à l'opération, rapporta le fait dans tous ses détails, dans son édition des œuvres de son père (t. VII, p. 186), et pour M, Gendrin, qui donna sur le cas en question des commentaires fort intéressants dans le *Journal général de médecine* (t. CIII, p. 296).

Enfin, chose plus grave, les auteurs semblent n'avoir pas compris l'opération, car les uns ont confondu absolument ce que Roux avait fait avec ce qu'il avait voulu faire, et les autres lui ont attribué un procédé auquel il n'avait jamais songé : celui-ci consisterait à insérer le bout stomacal de l'iléon dans le bout rectal du côlon.

C'est Velpeau qui, je crois, a introduit cette erreur dans la science. En parlant de l'opération de Roux, il dit en effet : « Son intention était d'invaginer le bout de l'iléon préalable-

(1) Voir : *Journal général de médecine*, t. CIII, p. 282, 1828. — *Bulletin des sciences médicales de Férussac*, 1828, t. XIV, p. 70. — *La clinique des hôpitaux*, 6 mars 1828, t. II, p. 129. — *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVII, p. 300.

ment séparé du vagin avec le bout inférieur du gros intestin et de rétablir ainsi la continuité du tube digestif au moyen de la suture, telle qu'on l'a modifiée dans ces derniers temps. La malade mourut et on s'aperçut, à l'autopsie, que l'organe qu'il aurait fallu placer en bas avait été dirigé dans le sens contraire. » (*Nouv. Elém. de méd. opér.*, 1832, t. III, p. 667, et 2 édit. t. IV, p. 445, 1839.)

Bégin a reproduit l'opinion de Velpeau, en changeant un peu la forme dans la seconde édition de ses *Eléments de chir. et de méd. opératoire* (1838, t. I p. 436).

Vidal de Cassis ne se donna même pas la peine de changer la forme, car il copia purement et simplement Bégin. (*Traité de path. ext. et de méd. opér.*, 1841, t. V, p. 753.)

La version de M. Sédillot n'est aussi qu'une modification de celle de Velpeau. (*Traité de méd. opér.*, 1846, p. 870. Reproduit dans les éditions subséquentes.)

Laugier n'est pas plus exact. « Dans une observation d'anus anormal ouvert dans le vagin, M. Roux pratiqua, dit-on, la gastrotomie, détruisit les adhérences de l'intestin avec la paroi du vagin, et tenta la réunion des deux orifices par la suture. » (Art. ANUS, du *dict. en* 30 *vol.*, t. III, p. 371, 1833, et du *nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* t. II, p. 714, 1870.)

Laugier prend donc ce que Roux avait voulu faire pour ce qu'il avait fait. Ce qui est encore remarquable dans sa version c'est le « dit-on » qui montre bien que l'auteur n'a pas lu l'original, et cependant il en donne QUATRE indications à la page 373 (art. du dict. en 20). Il est vrai que la bibliographie est de Dezeimeris. Dans l'article du *nouveau Dictionnaire*, il n'y a plus qu'une seule indication, qui elle-même est incomplète.

Nélaton, à son tour, copia Laugier, comme Vidal avait copié Bégin. (*Eléments de path. chir.*, t. IV, p. 330, 1857.)

Jobert, écrivant en 1852 un traité complet sur les fistules vaginales, consacre un chapitre à la variété intestino-vaginale dont il cherche à donner une description générale (*Traité des fistules vésico-utérines*, etc., p. 241). Il lui eût été facile, sans

doute, de lire l'observation de Roux, mais il trouva plus simple de citer d'après son ami Bégin.

Cette série d'erreurs ne s'arrêta pas là, car elle s'est continuée en Allemagne.

M. G. Simon (1) recopia Jobert et fut à son tour copié par ses compatriotes, MM. Hegar et Kaltenback (2).

La citation inexacte et trop concise du texte de Roux a donné naissance à une troisième version de son opération. C'est M. Heine qui s'en est rendu l'auteur involontaire. (*Arch. für klin. Chir.*, 1859, t. XI, p. 512.)

« On a proposé, dit-il, et en partie exécuté, trois moyens principaux pour rétablir le passage continu des matières fécales jusqu'à l'anus.

« Le premier, le plus court, mais aussi le plus dangereux, consiste à conduire, par une opération simple, la totalité des matières stercorales de l'intestin grêle dans le segment le plus inférieur du canal intestinal. Nous avons à peine besoin de faire remarquer que par ce moyen toute la portion de l'iléon placée au-dessous de l'ouverture vaginale, ainsi que la plus grande partie du gros intestin, est exclue de la préparation et de la circulation des fèces.

« Roux, dans un cas, pratiqua cette invagination de l'intestin dans l'intérieur même de la cavité abdominale après laparotomie préalable. Pour cela, il sépara du vagin l'intestin perforé et l'introduisit dans une ouverture fraîchement faite au gros intestin (côlon descendant?), et le réunit avec celui-ci dans toute son étendue. Le texte incomplet laisse indécise la question de savoir si on sutura avec le côlon toute la section transversale du bout supérieur de l'iléon, ou seulement le point de la paroi où siégeait la perforation latérale. La malade mourut de péritonite. L'autopsie montra que l'intestin grêle avait été introduit dans le bout stomacal du côlon au lieu de l'être dans le bout anal. »

---

(1) *Monatssch. für Geburtskunde*, t. XIV, p. 447.

(2) *Die operative Gynækologie*, 1874, p. 366.

Et cependant les relations originales citées plus haut sont assez explicites sur ce point pour que la question ne reste pas indécise. Roux saisit d'abord une partie de l'anse comprise dans l'anus contre nature, puis une seconde qui lui paraît être l'autre moitié de l'anse; il coupe celle-ci en travers, divise également l'autre, rapproche les deux bouts de l'intestin, et les réunit par quatre points de suture. On voit qu'il n'est question ni de gros intestin, ni de réunion de celui-ci avec la perforation latérale de l'intestin grêle.

Heine, citant Roux d'après Jobert et Simon, a évidemment été induit en erreur par ces écrivains.

On reste confondu en voyant des questions de cette importance traitées avec une pareille légèreté.

L'année suivante, Casamayor publia dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (t. IV, p. 170) une observation d'anus entéro-vaginal très remarquable au point de vue des causes de l'accident et du traitement mis en œuvre. L'anus accidentel siégeant dans le cul-de-sac postérieur, Casamayor imagina de créer, au-dessus de son orifice, une communication entre l'intestin grêle et le rectum. Son entreprise réussit, mais quelques jours après la malade fut prise d'une pneumonie qui l'emporta.

Thurnam, en 1836, communiqua à la *Westminster medical Society* une observation de fistules iléo et recto-vaginales consécutives à un accouchement laborieux suivi d'un phlegmon du petit bassin. La malade fut vue trop tard pour qu'on put tenter quelque chose pour la guérir. Elle ne tarda pas à succomber. (*The Lancet*, 1835-1836, t. II, page 190.)

La publication de cette observation provoqua celle d'une autre recueillie par le docteur Davey, mais ici la cause est différente; il s'agit d'une jeune femme atteinte d'entérite aiguë et qui fut prise un jour de phénomènes d'obstruction intestinale; elle allait mieux lorsqu'apparût une diarrhée profuse à laquelle elle succomba. Dans les derniers temps, les fèces étaient sorties par le vagin et à l'autopsie on constata une communication entre le cæcum et l'utérus et une autre entre

ce dernier organe et l'intestin grêle. (*The Lancet*, 1835-36, t. 2, p. 236.)

En 1836, Duparcque admet la possibilité du passage et de l'étranglement d'une portion d'intestin à travers la rupture utérine (p. 95), vaginale (p. 211 et 225), et cite les observations de Percy (p. 165), et de Roux (p. 254), la première *in extenso*, et la seconde en résumé. Il ne parle pas du traitement institué par Roux (*Maladies de la matrice*, 2e édit., t. II, 1839.)

En 1841, Michon consacre dans sa thèse de concours un chapitre intéressant aux opérations que nécessitent les fistules intestino-vaginales. Il critique la conduite de Roux et de Casamayor comme nous le verrons plus loin à propos du traitement, et rapporte le fait de Colman (qu'il appelle Colmar) dont il donne malheureusement une mauvaise indication bibliographique. Aussi avons-nous eu beaucoup de peine à remonter à la source. (Michon, *Des opérations que nécessitent les fistules vaginales*, thèse de concours pour la chaire de méd. opér. 1841, p. 229.)

Breitzmann, en 1844, publia une observation de fistule iléo-vaginale consécutive à un accouchement laborieux, laquelle guérit spontanément au bout de 4 mois (*Medi. Zeitung*, 1844, p. 122).

L'année suivante, nous trouvons dans le *Dublin Journal*, l'un des cas les plus étonnants que les annales de la science puissent renfermer, Une femme fait une fausse couche ; le vagin, probablement rompu auparavant, laisse échapper l'intestin grêle, sur lequel l'accoucheur, croyant prendre le cordon, tira jusqu'à ce qu'il en eut fait sortir 19 pieds. Le docteur Jones, appelé ensuite, trouva l'intestin tellement lacéré qu'il n'osa essayer de le faire rentrer dans l'abdomen ; il plaça une ligature sur l'anse au sortir du vagin, et en fit la section au-dessous du fil.

Malgré cette lésion si grave et la formation d'un anus iléo-vaginal, la malheureuse femme vécut encore 17 jours. (*Dublin Journal of med. sciences*, 1845, t. 26, p. 162.)

C'est également en 1845 que Ashwell publia. avec trop peu

de détails malheureusement, une observation de fistule entéro-génitale consécutive à un phlegmon du petit bassin. L'auteur la donne comme un exemple d'abcès de l'utérus ouvert dans l'intestin, mais rien dans sa relation ne le prouve sans conteste.

Nous trouvons ensuite dans un ouvrage important de Kiwisch un chapitre court, mais substantiel sur les fistules iléo-vaginales. Il renferme la mention d'un cas observé par cet auteur, mais rapporté avec trop peu de détails malheureusement. Voici ce passage, qui constitue la première description didactique de l'anus vaginal (1) :

La communication du vagin avec l'intestin grêle compte parmi les plus grandes raretés ; elle succède à la rupture de l'utérus ou de la voûte du vagin avec étranglement simultané d'une anse intestinale dans l'orifice de la rupture.

OBSERVATION II.

J'ai traité à ma clinique, en 1843, un cas de ce genre dans lequel, au niveau d'une très large déchirure du vagin, du segment inférieur de la matrice et de la vessie, s'établit, après plusieurs jours, une fistule intestinale par laquelle, pendant 14 jours, s'écoula par le vagin la presque totalité du contenu de l'intestin.

Au bout de ce temps, par l'emploi de bains prolongés et d'injections, la rupture vaginale et la fistule se fermèrent simultanément.

Dans ce cas, où la guérison s'effectua complètement, sauf persistance d'une fistule vésicale, on doit admettre qu'il y a eu seulement étranglement latéral de la paroi de l'intestin.

Kiwisch ajoute plus loin : « Ces perforations du canal intestinal naissent d'ordinaire à la suite de désordres si graves et sont par elles-mêmes si dangereuses qu'elles arrivent bien rarement à être traitées médicalement comme affections indépendantes après la disparition des lésions primitives. Si la guérison spontanée ne survient pas comme dans notre cas,

---

(1) Kiwisch. *Klinische Vorträge über Pathologie und Therapie der Weiblichen Geschlechten*, Band. II, édition Scanzoni, 1857, p. 759.

il n'existe pas de procédé particulier offrant des chances de succès. »

Kiwisch cite Mac-Keever et Roux et oublie les autres.

Simon, de Darmstadt, en 1858, contribue pour une bonne part à la question en publiant le fait suivant accompagné de remarques.

Une femme est atteinte, en 1853, à la suite d'un accouchement laborieux, d'une fistule vésico-vaginale. En 1857, l'auteur la vit et tenta la fermeture de la fistule au moyen de cautérisations. En 1858, à la suite de l'application d'un petit cône de potasse caustique dans l'orifice, surviennent des accidents d'étranglement interne qui se terminent au bout de 7 jours par la formation d'un anus iléo-vaginal. Quelques mois après, pour remédier à cette double infirmité, Simon veut créer une communication entre le vagin et le rectum, et oblitérer complètement ensuite un rétrécissement du vagin situé au-dessous des orifices fistuleux. Dans une opération préliminaire, il sectionne le rétrécissement et libère le segment inférieur de l'utérus des adhérences qui le fixaient au rectum. Mais alors survient une péritonite suraiguë qui emporte la malade en 6 jours. (*Monatschrift für Geburtskunde*. 1858, t. XIV, p. 447.)

Simon dit que les fistules iléo-vaginales sont extrêmement rares; il ne connaît que les deux cas cités par Jobert et le sien en tout trois cas. Dans le sien seulement, il y eut complication de fistule vésico-vaginale, ce qui rendait l'état de la malade beaucoup plus lamentable que si elle n'avait eu que sa fistule iléo-vaginale.

Tout en convenant qu'avec si peu d'observations (et il connaissait assez mal, d'ailleurs, celle de Roux, comme nous l'avons vu plus haut) on ne peut tirer aucune conclusion. Simon appelle cependant l'attention sur les points suivants: Siège dans le vagin, partie de l'intestin grêle interceptée causes occasionnelles. Il décrit deux espèces de fistules: l'anus contre-nature et les fistules intestino-vaginales, dont il indique les différences, le diagnostic et le traitement.

Simon, recommandant l'opération de Casamayor, nous montre par là qu'il ignorait le traitement ordinaire de l'anus contre-nature, car il ne parle pas d'éperon.

En 1867, nous trouvons dans les *Transactions of the obstetrical Society of London*, t. VIII, p. 190, obs. 18, un fait d'autant plus curieux que l'auteur, M. Thomas Radfort, n'a pas soupçonné la communication de l'intestin grêle avec le vagin. Et cependant il nous semble que la chose était facile car, en délivrant la femme, il sentit une anse intestinale engagée dans une rupture du col utérin; il y eut ensuite des phénomènes d'inflammation du petit bassin, ouverture d'un abcès dans le vagin et issue de matières fécales liquides vertes par ce conduit sans que Radfort put trouver de communication entre cette cavité et le rectum. La fistule vaginale guérit spontanément peu de temps après sa formation.

M. Demarquay, en 1867 également, publia dans la *Gazette méd. de Paris*, p. 341, une observation de fistule utéro-intestinale consécutive à un accouchement laborieux, et accompagnée de commentaires intéressants sur l'origine de cette affection. Les quelques tentatives qu'on fit pour oblitérer la fistule ayant échoué, on n'entreprit aucune opération plus sérieuse. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ce cas.

Cette même année, Veit mentionne, malheureusement en deux lignes, un cas de fistule iléo-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux. (Virchow's *Handb. der spec. Path. et Ther.*, VIe vol. 2e Abth., 2e Heft. p. 565, 2e édit.)

Sous le titre de *Darm-Scheidenfisteln*, M. Veit décrit ensemble les fistules recto-vaginales et iléo-vaginales. Voici les paragraphes qu'il consacre à ces dernières.

Exceptionnellement, des fistules s'établissent entre le vagin et l'intestin grêle après la déchirure de la partie postérieure du plafond vaginal, l'incarcération d'une anse intestinale dans la cavité de Douglas, etc.

Roux observa un cas de ce genre, Casamayor un autre, dans lequel l'intestin était complètement interrompu; il y

avait, non pas une fistule simple, mais bien un anus contre nature.

OBSERVATION III.

Nous avons vu un troisième cas ; la fistule avait pris naissance après une application laborieuse de forceps dans un bassin très étroit. Elle guérit spontanément au bout de dix semaines.

Après une mention courte, mais assez inexacte du fait de Simon, M. Veit ajoute à propos du traitement :

« Les fistules iléo-vaginales ne sont jamais accessibles aux entreprises directes ; pour remédier à l'issue involontaire des fèces, il ne reste qu'à faire l'oblitération transversale du vagin après avoir établi une large fistule recto-vaginale. »

Comme historique et comme traitement, ce chapitre laisse un peu à désirer.

Heine, en 1869, publia dans les Archives de Langenbeck une observation assez analogue à celles de Caamayor et de Jones. A la suite d'un accouchement facile, le placenta tardant à se détacher, un médecin appelé se livra dans le conduit génital à certaines manœuvres qui furent fort douloureuses et qui eurent pour résultat la sortie hors du vagin d'une anse intestinale séparée de son mésentère et qui descendait jusqu'aux genoux. Quelques jours après, l'intestin se détacha de lui-même et laissa au fond du vagin un anus contre-nature. Otto Weber, dans le service duquel la malade fut envoyée, constata la lésion et voulut la traiter comme un anus anormal externe. Il fit donc la section de l'éperon avec un entérotome de Dupuytren, modifié. Des cautérisations pratiquées ensuite sur l'orifice le rétrécirent un peu, et l'état local et général de la malade s'améliora assez pour qu'elle put quitter momentanément l'hôpital. Lorsqu'elle y revint, six mois après, Weber était mort, et le service était confié à Heine qui reprit la cure. Il fit une nouvelle application de l'entérotome, cautérisa la fistule au fer rouge, et au bout de neuf mois, après une troisième section de l'éperon, on aviva la fistule et on en fit la

suture. Cette fois on n'eut qu'un succès partiel, mais une seconde suture après avivement amena la guérison presque complète; quelques cautérisations avec la teinture de cantharides l'achevèrent. La malade mourut de tuberculose six mois après, et l'autopsie permit de se rendre compte de l'état des parties.

Dans la chirurgie de Holmes (1870, t. II, p. 748) Birkett, à propos des accidents causés par l'emploi maladroit des instruments obstétricaux, s'exprime ainsi :

OBSERVATION IV.

« Dans un cas de ce genre, le forceps perfora le vagin derrière le col de l'utérus; les intestins s'échappèrent par la plaie, et on essaya de les réduire. Ils continuèrent toutefois à faire issue au-dehors et la partie herniée se sphacéla en 10 jours environ. Enfin la malade guérit avec une fistule intestino-vaginale. Celle-ci, au bout de deux ans, fut fermée au moyen d'une opération plastique et, depuis ce temps, les selles eurent lieu par le rectum. On ne peut douter, cependant, que quelques pouces d'intestin aient été détruits au moment de l'accident. »

Nous regrettons vivement de n'avoir pas plus de détails sur ce fait, sans analogue dans notre série.

Le suivant est aussi également trop succinct à notre gré. Nous l'avons trouvé mentionné dans le savant ouvrage du docteur A. Corradi : *Della Chirurgia in Italia*, Bologne, 1871, lequel l'a cité d'après MM. de Renzi et Ciccone, qui l'ont rapporté brièvement dans *Istituzioni di pathologica chirurgica*, t. V, p. 362, en ces termes :

OBSERVATION V.

« Un homme plus que brutal s'accoupla de force avec une petite fille de 10 ans; il s'ensuivit une lacération étendue, non seulement de la paroi recto-vaginale, mais encore du cul-de-sac formé par le péritoine. Une anse d'intestin grêle, d'environ deux fois la longueur de la main, s'insinua par cette large voie, et sortant de la vulve pendait entre les cuisses. Lorsque la malheureuse fut portée à l'hôpital,

l'anse intestinale était déjà mortifiée. On la réséqua et, grâce aux soins du docteur A. Favera, la malade alla de mieux en mieux, et il ne resta plus qu'une petite fistule recto-vaginale. »

En 1872, Max Bartels rapporte longuement dans les *Archiv für Gynækologie*, p. 502, une observation recueillie dans le service du docteur Wilms. La lésion était ici très compliquée. A la suite d'un accouchement laborieux, le vagin s'était rompu et avait laissé s'échapper une anse d'intestin grêle qui s'était étranglée dans la rupture. Outre l'anus vaginal consécutif, il existait en même temps une fistule vésico-vaginale, et, au moment où la malade entra à l'hôpital, un prolapsus assez considérable de l'intestin grêle par l'anus anormal. On fit d'abord la section de la partie prolapsée et on cautérisa ensuite l'anus anormal pour en amener la rétraction ; l'insuccès de cette tentative, attribué à la présence d'une fistule vésico-vaginale, détermina le chirurgien à entreprendre à la fois la cure des deux fistules en en faisant coup sur coup la suture après avivement. Le succès ne fut, malheureusement, que partiel. La fistule vésico-vaginale fut fermée, mais non l'anus anormal, et toutes les tentatives faites ensuite pour amener l'oblitération de ce dernier furent infructueuses. L'insuccès s'explique d'autant moins que le bout inférieur de l'intestin grêle, loin d'être imperméable, communiquait directement avec le rectum au niveau de l'anus anormal par une large fistule.

En 1874, M. Jennings présenta à la Société pathologique de Dublin une pièce montrant l'état dans lequel se trouvaient le petit bassin, l'intestin et les organes génitaux d'une femme qui avait porté pendant vingt ans une fistule iléo-vaginale.

Carl Schrœder, dans le *Handbuch des spec. Path. und Therap.*, de Ziemssen, décrit brièvement, sous le titre de *Scheidendarmfisteln*, les communications de l'intestin grêle et du rectum avec le vagin. Il ne connaît que les cas de Simon. Heine et Bartels (B) d. X, p. 485).

En 1877, Müller publie une belle observation de fistule iléovaginale, analogue à celle de Colman. A la suite d'une gros-

sesse extra-utérine, siégeant dans la cavité de Douglas, le kyste s'ouvrit dans le vagin, puis l'intestin dans le kyste, et celui-ci, servant d'intermédiaire aux deux cavités, laissa passer les matières fécales dans le vagin.

M. Gussenbauer, dans son rapport de la clinique chirurgicale de Liège, 1876-1878, p. 210, a publié l'histoire d'une femme qui, après un accouchement ayant nécessité une application laborieuse de forceps, fut prise de constipation opiniâtre pendant 4 jours. Au bout de ce temps, les matières sortirent à la fois par l'anus et le vagin; depuis lors les évacuations vaginales ont continué. Des cautérisations au fer rouge amenèrent la rétraction de l'orifice anormal, mais non sa fermeture complète.

Enfin, en 1879, M. Dahlmann publia une belle observation de fistule iléo et vésico-vaginale terminée par la guérison.

Une femme, après trois jours de travail, est accouchée par la version. Huit jours après on s'aperçoit que les matières fécales et l'urine s'écoulent par le vagin et on constate dans le cul de sac antérieur du vagin une double fistule vésicale et intestinale. Dès que les accidents inflammatoires furent bien calmés, on traita les deux fistules par les cautérisations répétées au nitrate d'argent. La fistule intestinale se ferma bientôt et la fistule urinaire guérit également, mais par la suture après avivement (Dahlmann, *Arch. für Gyn.*, t. XV, p. 122, 1879).

Les observations que nous venons de passer en revue sont, comme nous l'avons déjà dit, restées à peu près inconnues, malgré leur intérêt, en Angleterre et en France.

En Allemagne, qui passe pourtant pour le pays de la saine érudition, l'indifférence a été un peu moins grande peut-être, mais pas assez toutefois pour justifier les prétentions de nos voisins. Dans les quelques articles d'ensemble qui ont été publiés dans ce pays, nous ne trouvons en effet la mention que d'un petit nombre de nos observations. Kiwisch ne connaît que l'observation de Roux; Simon ne cite que Roux et Casamayor, et encore n'est-ce que d'après Jobert; Veit mentionne les cas de Roux, Casamayor et Simon, probablement d'après ce

dernier; Heine cite Roux et Casamayor d'après Simon, et en outre Kiwisch, et Breitzmann ; Winckel, en 1869, avait donné en quelques pages un aperçu des fistules stercorales d'après les faits de Breitzmann, Simpson, Simon, Demarquay, Scharlau, Roux, Casamayor, Mac-Keever et Kiwisch. (*Die Pathologie und Ther. des Wochenbettes*, 2e édit., 1869, p. 71.) Hegar et Kaltenbach, pour rédiger leur chapitre sur le traitement des fistules iléo-vaginales, se sont servis tout simplement des documents publiés dans l'article de Heine (Voir : *Die operative Gynäkologie*, Erlangen, 1874, p. 336.)

L'article récent de Breisky est le plus complet. (*Krankheiten der Vagina*, in Pitha et Billroth, *Handb. der Chirurgie*, Bd. IV, Abth. II, p. 122-130, 1879.) L'auteur cite les cas de Mac Keever, Casamayor, Roux, Weber-Heine, Kiwisch, Bartels-Wilms, Simon, Gussenbauer et Breitzmann.

Nous allons maintenant rapporter l'observation qui a motivé le présent travail.

Une femme, atteinte d'anus vaginal, suite de couches, depuis sept ans, entra dans le service de M. Verneuil en 1875. L'observation fut prise avec grand soin, et rédigée ensuite par M. Verneuil lui-même. J'insiste sur ce fait parce que de la comparaison de cette observation avec celle de M. Demarquay il résulte pour moi que les deux ont trait à la même malade, bien que M. Demarquay ait décrit la lésion observée comme fistule iléo-utérine, et M. Verneuil comme fistule iléo-vaginale.

Je vais donner ici les deux versions, puis les raisons sur lesquelles je m'appuie pour soutenir mon opinion.

« Je me suis trouvé très vivement intéressé au fait que je publie plus loin et dont tous les détails ont été recueillis avec soin et intelligence par M. Casaubon, interne du service. Je n'ai jamais observé aucun fait qui eût quelque analogie avec celui-là, et je n'ai rien trouvé qui pût améliorer le sort de cette malheureuse femme. Toutes les tentatives que j'ai faites pour arrêter le cours des matières fécales ont été vaines et souvent dangereuses. Il ne passe aucune matière par le gros intestin,

et aucune injection faite par le rectum n'arrive à la fistule; toutes les matières intestinales s'écoulent par le vagin. En présence d'un fait si grave et qui rend la vie de cette femme si triste, je n'ai point cru devoir tenter aucune opération dans le but de rétablir la continuité de l'intestin. Outre que je n'étais pas sûr de pouvoir détacher les adhérences qui fixent l'intestin grêle à l'utérus, je ne savais point davantage dans quel état était l'intestin lui-même; de sorte qu'il était impossible, après avoir commencé une opération aussi grave, d'être sûr de pouvoir la terminer. Ce fait, actuellement, n'a qu'un intérêt en quelque sorte physiologique, mais un jour il pourra peut-être servir à l'histoire des fistules utéro-intestinales, qui doivent être très rares, si je tiens compte de mon expérience personnelle, de celle de plusieurs de mes confrères, et des recherches que j'ai fait faire à ce sujet (1).

Observation VI (version de M. Demarquay).

Mme B... (Alexandrine), âgée de 36 ans, sage-femme, mariée, entre à la maison de santé, dans le service de M. Demarquay, le 10 mars 1867.

Elle est accouchée, il y a six semaines, de son huitième enfant; sa couche fut très laborieuse, l'entant resta trois jours au passage, et le médecin appelé fut obligé d'employer le forceps. D'après la mère, l'enfant était en première position et n'avait aucun vice de conformation; aussi est-elle très disposée à accuser les manœuvres obstétricales d'être l'unique cause de la fistule qu'elle porte aujourd'hui. Cependant elle reconnaît qu'on fut obligé d'extraire le fœtus en plusieurs morceaux, et que sa fistule ne se montra pas dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement. Pendant les quinze premiers jours, Mme B... ne remarqua rien d'anormal dans son état. Elle eut, il est vrai, quelques douleurs abdominales, un peu de métrite d'après son dire; mais elle n'eut pas de vomissements verts porracés, ni aucun signe caractéristique d'une péritonite par perforation. Elle avait des garde-robes naturelles; l'appétit et les forces

(1) *Note sur un cas de fistule utéro-intestinale, suite d'un accouchement laborieux*, par M. Demarquay. *Gaz. méd. de Paris*, 1867, p. 341.

étaient revenus; elle commençait à se lever, lorsqu'elle s'aperçut qu'elle rendait des matières par le vagin. Pendant quatre jours, elle en rendit par l'anus et par le vagin, puis elle cessa d'en rendre par l'anus. Depuis lors, l'état de la malade ne s'est pas modifié; et, actuellement, les matières que Mme B... rend par le vagin sont semi-fluides, jaunâtres, sans odeur; ces matières coulent en plus grande abondance trois heures après chaque repas; quand elles diminuent, elles sont manifestement mélangées d'un liquide visqueux, jaune verdâtre, ayant l'aspect et la consistance de la bile. La sortie des urines a lieu sans effort, sans douleur, par les voies naturelles; la vessie et le canal de l'urèthre ne paraissent donc pas intéressés.

Pour s'assurer que le rectum, ou toute autre partie du gros intestin, ne l'est pas davantage, des injections de permanganate de potasse sont poussées par le rectum dans le gros intestin; il ne sort, après ces injections, aucun liquide colorant dans le vagin; ce qui exclut de suite l'idée d'une communication, soit entre le gros intestin et le vagin, soit entre le gros intestin et l'utérus.

Des lavements émollients, huileux, sont également administrés tous les matins, et ne donnent lieu à la sortie d'aucun excrément; il nous paraît avéré que le gros intestin ne contient pas de matières fécales. Comme nous avons vu plus haut qu'il ne leur livrait plus passage, que nous avons vu également que la vessie, d'après l'émission volontaire des urines, n'était pas non plus intéressée, et qu'une exploration à l'aide d'une sonde métallique confirma cette appréciation, nous sommes donc porté à rechercher sur l'intestin grêle le point de départ de la fistule de Mme B...

La couleur, la semi-fluidité, l'abondance des matières qui s'échappent involontairement par le vagin, attirent surtout notre attention. Et tout d'abord, devant cette presque certitude d'une lésion de l'intestin grêle, nous nous demandons sur quelle portion de cet intestin peut se trouver l'orifice de la fistule. Sur un des points de l'iléon, sans doute, si nous nous en rapportons à la chylification des matières et à leur plus grande sortie trois heures après chaque repas. Mais ces matières qui s'échappent par l'orifice vulvaire, tombent-elles directement de l'intestin grêle dans la cavité vaginale?

Cette cavité est alors explorée à l'aide du spéculum, et aucun orifice n'est constaté. En revanche, par l'orifice vaginal du col utérin, on voit suinter de nouvelles matières à mesure qu'on éponge le col.

Ce col est tuméfié; sa lèvre postérieure est bifide, sa lèvre antérieure déborde la bifidité, mais n'empêche pas l'introduction du doigt.

En portant le doigt dans la cavité utérine, on sent, à l'union du corps avec le col, sur la face antérieure de l'utérus, un pertuis par lequel il est facile de faire pénétrer une sonde métallique. Cette sonde vient ressortir à la région hypogastrique, où on la sent à travers les parois abdominales. Une sonde introduite dans la vessie ne la rencontre pas, et nous aide à constater la déviation de la vessie à droite et de l'utérus à gauche.

De cette exploration minutieuse, plusieurs fois renouvelée et toujours très bien supportée par une malade intelligente, notre très honoré maître, M. Demarquay, n'hésite pas à admettre que la fistule portée par Mme B... intéresse l'intestin grêle et l'utérus; fait sinon unique, du moins rare dans la science, d'après nos recherches restées sans résultat.

« Dans le remarquable traité de Jobert sur les fistules, nous voyons seulement que ce professeur admet, sans la démontrer, la possibilité d'une fistule entre l'intestin grêle et l'utérus, à la condition toutefois que la vessie soit intéressée.

Et, dans le même traité, il ajoute : « Lorsque le stercus provient du réservoir rectal, il est solide et consistant, tandis qu'il est semi-fluide et versé d'une manière presque continue lorsqu'il provient de l'intestin grêle. »

Or, dans notre observation, nous avons justement tiré, de cette fluidité et de cet écoulement presque continu des matières fécaloïdes, une preuve en faveur de la lésion de l'iléon.

Mme B... passa le mois de mars dans le service; pendant quelques jours, après des lotions et des bains, M. Demarquay pratiqua le tamponnement du canal vulvo-vaginal : les premiers tampons d'ouate obstruaient l'orifice externe du col utérin et les autres remplissaient la cavité vaginale. Ou ce tamponnement, fortement exercé, empêchant la sortie des matières, fatiguait la malade, et alors on était obligé de l'ôter; ou il était faiblement exercé, et alors les tampons d'ouate étaient entraînés au dehors par les matières fécaloïdes; aussi M. Demarquay n'insista pas sur ce moyen, et renonçant pour

le moment à toute idée d'opération, engagea la malade à nous quitter et à porter un appareil contentif en caoutchouc.

L'utérus, examiné à l'hystéromètre, mesurait 5 cent.: de l'orifice externe du col à l'ouverture utérine de la fistule, on mesura 2 cent. 1/2.

Quelques jours avant son départ, Mme B... avait vu reparaître ses menstrues.

Si, maintenant, nous cherchons à nous expliquer le mode de formation de cette fistule, nous devons, pour donner une explication plausible, associer plusieurs éléments.

D'abord la longueur du travail, la compression des organes pendant trois jours; ensuite une complication secondaire, telle qu'une inflammation gangréneuse et la chute d'une eschare après un certain laps de temps.

En effet, si la fistule n'était que la conséquence de la déchirure, après compression, d'une anse intestinale, compression exercée contre la symphyse pubienne ou éminence iléo-pectinée par l'utérus gravide pendant la parturition, cette fistule se fût établie immédiatement après la délivrance, en supposant que la malade n'eût pas succombé à une péritonite par perforation; or, nous avons vu que l'apparition de la fistule fut loin d'être aussi rapide.

Et de plus, dans ce cas, comment expliquer l'intégrité de la vessie? L'attribuerait-on à sa déviation ou à la résistance de ses parois? Le mieux, il nous semble, est de placer, à côté de la compression observée, admise, un autre élément. Cet élément, le voici.

Pendant la grossesse, le corps de l'utérus déborde le réservoir urinaire, refoule les circonvolutions de l'intestin grêle, circonvolutions qui, en dehors de la grossesse, s'interposent presque toujours entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus; on conçoit donc difficilement, dans le cas de grossesse, une communication entre la face antérieure de l'utérus et une anse intestinale; mais supposons des adhérences anciennes établies entre ces deux organes à la suite d'une péritonite localisée, la malade ayant eu sept gros-

sesses antérieures; supposons même des adhérences récentes à la suite d'une altération du tissu du corps utérin ou de ses enveloppes, par suite de compression pendant l'accouchement, et alors nous avons l'explication du fait observé aujourd'hui.

Cette altération de tissu du corps utérin et de ses enveloppes se serait propagée aux tuniques intestinales revenues à leur position normale après la délivrance, ou peut-être même pendant le travail; cette altération de tissu aurait entraîné une inflammation adhésive, la formation d'une plaque gangréneuse; et, quand l'eschare, intéressant à la fois le tissu utérin et le tube intestinal, se sera détachée, une fistule se sera trouvée établie entre deux points de ces organes. Or, comme pendant la parturition, c'est la partie du corps de l'utérus la plus inférieure, c'est-à-dire celle d'où part le col, qui peut être comprimée contre la symphyse pubienne ou l'éminence iléo-pectinée, on conçoit que s'il y eût eu compression de l'utérus déjà affaibli, congestion par la gestation, cette compression dut s'exercer sur le point de jonction du corps et du col utérin; c'est pourquoi l'ouverture utérine de la fistule se sera établie en ce point.

Nous conclurons donc en disant que la fistule dont nous avons essayé de tracer le mode de formation, intéressait à la fois l'intestin grêle, le corps et le col de l'utérus; qu'elle fut consécutive à la chute d'une eschare, eschare qui, elle-même, était la conséquence d'une inflammation gangréneuse de ces organes. Quant à cette inflammation, nous lui reconnaîtrons plusieurs causes : la gestation d'abord, une parturition prolongée ensuite, et enfin la compression des organes actuellement en communication. »

Observation VI *bis* (rédigée par M. Verneuil ; inédite).

Accouchement laborieux ; applications de forceps ; accidents inflammatoires du côté de l'abdomen, puis issue des matières fécales par le vagin.

Mme Alexandrine Mayeux, 47 ans, sage-femme, habitant la province, entre dans mon service le 30 novembre 1875. De petite taille, bien conformée, née de parents robustes, elle a toujours joui d'une excel-

lente santé. Elle ne relève, en effet, comme antécédents morbides, qu'une fièvre intermittente à l'âge de 11 ans, et une bronchite sans hémoptysie à 22 ans.

Mariée à 24 ans, elle a eu à divers intervalles sept couches, sur lesquelles elle fournit les renseignements suivants : 1° couche à 25 ans, tout à fait naturelle; 2° à 29 ans, travail un peu long ; 3° à 31 ans, travail rapide ; 4° à 33 ans, naturelle, enfant très fort; 5° à 35 ans, naturelle ; 6° à 38 ans, travail prolongé, pendant lequel l'enfant meurt. Phlegmasia alba dolens double qui dure deux mois ; 7° à 39 ans, travail encore plus long. Au quatrième jour, on se décide à appliquer le forceps, parce qu'il y avait inertie complète de l'utérus. La tête était dans l'excavation en présentation de la face. On dut répéter trois fois l'introduction du forceps ; enfin, au bout d'une heure on parvint à extraire un enfant mort, très gros, à tête particulièrement volumineuse.

Les suites furent assez mauvaises. Les lochies étaient normales, mais tous les soirs s'allumait une très forte fièvre, avec douleurs vives dans le bas-ventre et dans une jambe. Le ventre se ballonna avec gargouillement et coliques, toutefois sans vomissements. Ces symptômes allèrent en augmentant jusqu'au dixième jour ; l'urine fut toujours rendue ; il y eut même dans l'intervalle deux selles, mais peu abondantes et composées de matières très dures.

Le dixième jour il y eut du soulagement, mais quelques jours après on s'aperçut, tout à fait par hasard, de la perforation de l'intestin. En effet, la malade ayant mangé le matin une pomme, sa garde en reconnut les fragments dans les lochies, ainsi que des matières jaunâtres de provenance intestinale.

On examina les jours suivants les déjections du vagin, mais on n'y trouva rien qui rappelât l'élimination d'une anse intestinale sphacélée.

Mme M... se rétablit fort lentement et commença à maigrir, mais elle recouvra à la longue sa santé, ses forces et un embopnoint convenable. Elle reprit ses occupations professionnelles.

En 1867, elle entra dans le service de Demarquay qui, à titre d'exploration sans doute, tamponna fortement le vagin avec des boulettes d'ouate maintenues par un spica. Quelques heures après on fut obligé d'enlever le tout à cause des douleurs, des coliques et du ballonnement du ventre, sans vomissements néanmoins.

Le lendemain, Velpeau et Demarquay, ayant examiné de nouveau, déclarèrent à la malade qu'il n'y avait rien à faire.

En 1871, Mme M.., entra dans un autre service de chirurgie où on lui proposa, paraît-il, d'ouvrir le ventre sur le côté pour pratiquer un anus contre nature. Elle s'y refusa et rentra chez elle.

Examen le 1er décembre. L'orifice de la vulve et les parties voisines sont rouges et excoriés çà et là ; les papilles des petites lèvres sont fortement hypertrophiées. L'entrée du vagin est très étroite, contractée. Toutes ces parties incessamment souillées de matières fécales liquides, sont hyperesthésiées au point que le toucher et l'introduction des instruments explorateurs sont fort pénibles.

La cavité vaginale néanmoins est assez ample. La muqueuse paraît épaissie, mais elle est partout souple et sans trace de cicatrice. Les culs-de-sac sont normaux ; le col utérin occupe sa place habituelle et semble notablement hypertrophié.

Après avoir entraîné par une injection et balayé avec un pinceau de charpie les matières fécales, j'applique un spéculum bivalve court et à large développement, et je découvre l'orifice accidentel au sommet du cul-de-sac postérieur gauche, à 2 centimètres du museau de tanche ; on le reconnaît à une dépression peu marquée d'où l'on voit sourdre un liquide épais d'un brun verdâtre tout à fait semblable à du méconium : voici très exactement la disposition de cet orifice. Il présente deux lèvres, l'une antéro-interne, l'autre postéro-externe, égales, longues de 2 centimètres environ et accolées comme celles de la bouche fermée. Elles sont légèrement enroulées en dedans, de sorte qu'on n'aperçoit ni la muqueuse intestinale ni même le point de soudure des deux muqueuses. La fente qu'elles interceptent est légèrement oblique de droite à gauche et d'arrière en avant, on la fait aisément bailler avec une sonde de femme et cette petite manœuvre donne aussitôt issue aux matières fécales.

Comme le mal siège trop haut pour être facilement accessible au doigt, j'implante une pince de Museux dans le col que j'abaisse ainsi vers la vulve, ce qui permet l'exploration directe avec l'index de la main gauche ; sa dernière phalange, qui heureusement est de petites dimensions, pénètre dans l'ouverture et constate à la fois la souplesse des lèvres et leur minceur, telle que le doigt parait entouré par un anneau tranchant ; cette pénétration est un peu douloureuse.

Poussé plus profondément, l'index s'engage immédiatement dans un conduit spacieux, oblique de bas en haut et de droite à gauche :

c'est le bout supérieur de l'intestin, car le retrait du doigt fait apparaître aussitôt les matières fécales.

Je remplace l'index gauche par celui du côté droit pour explorer l'autre bout que je suppose se diriger en sens inverse, c'est-à-dire vers la ligne médiane. Je pouvais croire d'abord inaccessible l'entrée dans le bout en question, car mon doigt est arrêté par une cloison; mais en retirant doucement ce doigt je passe au-dessous du bord libre de la cloison susdite et j'entre dans une nouvelle cavité à peu près aussi spacieuse que la première; c'est sans aucun doute celle du bout inférieur.

Je constate donc l'existence indéniable d'un éperon vertical, dirigé d'avant en arrière, cloisonnant la cavité de l'intestin et séparant nettement les deux bouts.

Cet éperon est mince, souple, assez mobile de droite à gauche et de gauche à droite, assez facile aussi à refouler en haut; son bord inférieur tranchant n'arrive pas jusqu'à s'engager dans l'orifice vaginal; il me paraît en rester distant de quelques millimètres.

Cet examen m'apprend en outre que l'on aurait pu croire tout d'abord à l'existence d'un seul bout intestinal s'abouchant dans le vagin alors que l'on avait affaire à un véritable anus contre nature complet; que le bout inférieur, malgré son repos physiologique prolongé, n'est nullement oblitéré, mais seulement à peine rétréci; qu'il n'y a pas trace d'infundibulum dont la formation serait d'ailleurs bien difficile à comprendre dans cette région; que l'éperon est la seule cause du passage exclusif des fèces et des gaz par le vagin; et qu'enfin les adhérences soudant l'intestin à la voûte vaginale au pourtour de l'orifice anormal sont sans doute peu étendues, car le toucher ne reconnaît aucune induration, aucun épaississement même au pourtour de l'anneau.

De la présence de l'éperon, je conclus encore qu'au moment de l'accident une anse intestinale sans doute fort courte, mais à coup sûr complète a traversé la perforation vaginale, s'y est étranglée et ouverte plus tard, probablement vers le dixième jour. Sans doute, dans la suite l'éperon a subi un léger mouvement de retrait ou d'ascension qui l'a quelque peu éloigné de l'ouverture vaginale.

Je dois ajouter quelques détails relatifs à la menstruation et aux matières qui s'écoulaient par le vagin.

Dès le dixième jour de l'accouchement il s'est écoulé du sang en quantité modérée; pendant l'année qui a suivi l'apparition de la fis-

tule, la malade a perdu constamment un peu de sang par le vagin. Presque tous les jours son linge était taché à la fois par le sang et par les produits de la digestion intestinale.

Dans les années qui suivirent, les règles sont redevenues régulières.

Digestions. — La viande est en grande partie digérée ; il est vrai que la malade la mange généralement peu cuite. Si c'est du bœuf bouilli qu'elle a pris à ses repas, on en retrouve quelquefois de petits filaments dans les liquides du vagin. Le lard fait une exception absolue à cette règle ; elle en retrouve, dit-elle, les morceaux tels qu'elle les a mangés.

Le pain, les pâtes alimentaires, le riz, sont digérés.

Les légumes secs ou verts, les pommes de terre, sortent à peu près intacts.

La salade et les fruits n'ont subi aucune transformation ; on en reconnaît facilement les débris et la couleur.

Généralement les débris d'aliments sont au milieu d'un liquide jaunâtre, coloré par la bile en jaune brun, de la consistance d'une purée très claire. Cette coloration change fréquemment comme nous l'avons nous-même constaté ; rougeâtre lorsque la malade a mangé de la viande crue ou très peu cuite, elle est verdâtre lorsqu'il s'agit de légumes, de purée de pois, etc. Les matières apparaissent dans le vagin une heure environ après le commencement du repas ; leur écoulement dure deux heures en moyenne.

Le 6 décembre, voulant m'assurer de la perméabilité du bout inférieur de l'intestin, j'applique sur la fistule une pince de Museux qui maintient en contact les deux lèvres de l'orifice anormal. Il n'y eut pas d'accident, mais les matières continuent à passer. Je fais donc le lendemain une coaptation plus exacte. Dans la journée il y eut quelques coliques et du ballonnement du ventre, jusqu'au moment où survint une sorte de débacle de gaz et de matières fécales. L'incident n'eut pas de suite. J'enlevai la pince le lendemain ; convaincu que l'éperon entravait complètement la communication entre les deux bouts, je pensai à en faire la section.

Dans quelle étendue fallait-il le diviser ?

La consistance des matières indiquait une perforation siégeant assez haut pour qu'on n'ait pas à craindre un engorgement par matières stercorales liquides. De plus toutes les matières sortaient par l'ouverture du vagin, et celle-ci, n'ayant d'autres dimensions que la

pulpe de mon index qui n'est pas considérable, je n'avais besoin en somme que d'une voie assez étroite dans l'intestin grêle. J'estimais donc que, en prenant 15 millimètres de l'éperon, j'obtiendrais un espace suffisant.

Le moyen à employer était très simple. Le 10 décembre, mon index gauche étant dans la fistule, près de l'éperon, je fis glisser le long de ce doigt comme conducteur une pince à polypes; je saisis la languette intestinale avec la pince et je fermai celle-ci en serrant très fort le cran d'arrêt. Pas d'accidents. Légère ascension thermométrique. Le 13, chute de la pince. Peu de résultat. Cependant, le 16, il sembla à la malade que quelques matières étaient passées par l'anus normal.

Le 18, je fis une nouvelle tentative. Pour mieux saisir l'éperon, j'attirai le col de l'utérus en bas avec une érigne; je la confiai à un aide, j'introduisis mon index gauche dans la fistule, comme la première fois, je saisis l'éperon et je fermai la pince.

Dans la nuit du mercredi au jeudi 30 décembre, elle se détacha d'elle-même sans la moindre douleur et sans une seule goutte de sang. J'examinai avec soin cette pince qui était restée fermée. En séparant ses mors, je vis interposée entre eux une plaque elliptique, noire, de 1 millimètre environ d'épaisseur, à contours très nets et représentant avec la plus stricte exactitude la forme et les dimensions des mors; elle était longue de 23 millimètres, finement dentelée sur ses bords et striée transversalement sur ses faces; on eût dit, qu'on me passe cette comparaison vulgaire, une gaufre sortant des plaques d'un gaufrier. Je pus donc être certain cette fois d'avoir divisé l'éperon dans une étendue donnée et dans toute son épaisseur, d'y avoir même fait une perte de substance.

Ceci se rapporte à une manière de diviser l'éperon qui n'est pas nouvelle : la diérèse avec exérèse.

Le 4 janvier, je fis un nouvel examen pour voir quelles modifications la section de l'éperon avait apportées dans l'état des parties malades.

Le vagin est toujours dans le même état. On voit quelques bourgeons végétants au niveau des petites plaies qu'ont faites dans la muqueuse vaginale les pointes de l'érigne.

Le doigt a toujours une certaine difficulté à pénétrer dans l'orifice anormal, mais constate des changements importants dans la profondeur. L'éperon si facile à percevoir dans les examens précédents, n'existe plus. On en reconnaît cependant la trace sur la paroi de l'intestin opposée à l'orifice, sous forme d'une crête verticale épaisse de

plusieurs millimètres et faisant une saillie d'un demi-centimètre environ. On devait donc s'attendre, par suite de la destruction de la cloison interposée aux deux bouts de l'intestin, à trouver une cavité spacieuse faisant largement communiquer ces deux bouts et permettant le passage aisé du doigt explorateur de l'un dans l'autre. Il n'en était rien.

Toutes les parois de cette cavité jadis si souples étaient rigides et comme indurées, et la cavité elle-même singulièrement réduite, de sorte qu'elle aurait logé à peine une grosse noix. Je ne pus même engager qu'avec peine mon doigt dans le bout supérieur, naguère si souple et si facilement perméable. Ayant remplacé mon doigt par une grosse sonde uréthrale, nº 24, légèrement courbée, je fus arrêté à 4 centimètres environ par un obstacle. Une pression légère permit de le franchir et j'arrivai ainsi dans le bout supérieur, à une profondeur de 10 centimètres environ.

Pour l'autre bout, il me fut impossible d'y entrer un peu profondément soit avec mon doigt, soit avec la sonde. J'étais bien sûr d'y être, puisque j'étais à droite des vestiges de l'éperon, et cependant je ne pus trouver, dans quelque direction que je portasse mon doigt, qu'un cul-de-sac que je ne crus pas prudent de violenter.

Je supposai que l'irritation et même l'inflammation de voisinage provoquée par l'application de la pince s'était propagée aux portions adjacentes de l'intestin et avait fait contracter et revenir sur eux-mêmes les bouts de cet intestin et en particulier le bout cæcal. Dans ces conditions, je crus prudent de m'abstenir et utile de laisser se dompter cette inflammation d'ailleurs si facile à comprendre. Je prescrivis les bains tous les deux jours, les injections émollientes réitérées. Enfin, comme la malade désirait vivement revoir sa famille, je lui permis de retourner chez elle pendant quelques semaines.

Au reste, l'état général était excellent. L'appétit était revenu et toute espèce de troubles gastriques dissipés. Je suis porté à croire que la section de l'éperon, rendant plus facile l'issue des matières, était pour quelque chose dans cette amélioration des fonctions intestinales.

Je lui donnai rendez-vous pour plus tard, parce que je me proposais de lui faire l'opération suivante, destinée à fermer la fistule.

Mon index gauche étant introduit dans l'intestin pour repousser l'éperon, j'aurais passé un premier fil d'argent traversant la lèvre gauche de l'anus anormal de bas en haut, puis la lèvre droite de haut

en bas. Ce fil m'aurait simplement servi à attirer au contact les deux lèvres de l'anus et le plus près possible de la vulve. Puis j'aurais avivé ces deux lèvres, comme dans la fistule vésico-vaginale, et je les aurais réunies par des fils d'argent. Pour pouvoir serrer les sutures, j'aurais engagé les fils dans un serre-nœud de Rodorick ou dans des tubes de plomb très longs.

La malade revient à la Pitié à la fin de mars, en très bonne santé; les matières s'écoulent toujours par le vagin.

Le 30 mars, après chloroformisation, je procède à un dernier examen.

Le chloroforme me permet d'abaisser jusqu'à une petite distance de la vulve, avec une pince de Museux, la lèvre postérieure du col, et, avec elle, le cul-de-sac vaginal postérieur et l'orifice fistuleux. J'introduis par celui-ci une grosse sonde légèrement recourbée à sa pointe pour explorer tous les points de la cavité intestinale. J'enfonce très aisément la sonde de bas en haut, et de dedans en dehors, dans le bout stomacal de l'intestin qui se dirige vers la fosse iliaque gauche. Mais il m'est impossible, en retournant la courbure de la sonde, de l'engager profondément vers la fosse iliaque droite; elle est partout arrêtée à une profondeur de 3 centimètres à peine à partir de l'orifice fistuleux. Je substitue à la sonde l'index de ma main droite, la pulpe tournée à gauche, et, comme avec la sonde, je m'engage sans peine dans le bout supérieur de l'intestin. Puis, tournant mon doigt sur son axe, j'explore à son tour le côté opposé de la cavité intestinale. Je tombe là dans une cavité capable de loger une noix, à parois lisses, souples, sans vestige quelconque de prolongement creux; j'explore ensuite la cavité de l'intestin directement opposée à l'orifice vaginal; je reconnais très distinctement une trace de l'éperon sous forme d'une crête antéro-postérieure faisant une saillie de 4 à 5 millimètres à peine; immédiatement à droite de cette crête, je rencontre une dépression infundibuliforme pouvant loger le bout d'une plume d'oie; j'espère un instant trouver là la lumière du bout cæcal, mais une sonde utérine guidée sur le doigt et portée dans la dépression est arrêtée à 6 ou 8 millimètres de profondeur. Je renouvelle plusieurs fois de suite cette exploration et je la fais confirmer séance tenante par mon collègue, M. Marchand, agrégé de la Faculté.

Nous concluons de cet examen que l'éperon, détruit dans sa presque totalité, ne peut opposer aucune barrière au cours des matières, que le bout supérieur de l'intestin est largement ouvert, mais qu'en re-

vanche le bout inférieur, situé de l'autre côté de l'éperon, n'est plus représenté que par une cavité en cæcum sans communication quelconque avec la terminaison de l'iléon.

L'exploration précédente établit donc la réalité absolue d'une complication qui jusqu'alors n'avait été vue qu'une fois, par Jennings, et qui pouvait rester douteuse dans le fait de Casamayor, parce que ce chirurgien n'avait pas dit explicitement de quelle manière il s'était assuré de la non-perméabilité du bout cæcal.

Comment s'était effectuée cette oblitération ? Etait-elle due à une vraie cicatrice ou à un resserrement par des brides, je ne saurais dire ; mais, en tout cas, et abstraction faite de son mécanisme, elle existait, et l'opération que j'avais projetée n'avait plus raison d'être,

J'eus alors l'idée de rechercher les rapports du bout stomacal avec le rectum, afin de voir jusqu'à quel point le procédé de Casamayor serait applicable au cas présent.

En conséquence, je portai l'index gauche par l'anus anormal dans l'intestin grêle, la pulpe tournée en bas ; puis l'index droit, introduit dans le rectum, alla à la rencontre de l'autre ; cette rencontre s'effectua facilement, et mes deux doigts se touchaient, séparés seulement par la double paroi de l'iléon et du rectum. L'épaisseur de cette cloison ne dépassait certainement pas 6 millimètres, et rien n'eût été plus facile que de la perforer et d'établir une communication iléo-rectale, c'est-à-dire de répéter l'opération de Casamayor.

Après avoir constaté cette disposition chez ma malade, je compris aisément comment l'idée était venue au médecin des Pyrénées de pratiquer cette communication, tant la chose paraît logique et même facile. A la vérité, il eût été malaisé d'appliquer son entérotome à plaques, mais on pouvait diviser la cloison iléo-rectale par un procédé plus facile à exécuter. D'ailleurs, je voyais un autre inconvénient à celui de Casamayor. C'est que l'ouverture iléo-rectale étant très petite, susceptible de se rétrécir, aurait pu, dans la suite, occasionner de nouveaux accidents d'obstruction.

Voici ce que l'on pourra faire :

1° A l'aide d'un trocart courbe, perforer la cloison recto-vaginale à 2 cent. environ au-dessous de l'anus anormal, puis passer un tube de caoutchouc.

2° Perforer de la même manière la cloison iléo-rectale, la pointe du trocart pénétrant par l'anus anormal et ressortant dans le rectum, et passer un autre fil de caoutchouc.

3° Réunir solidement les deux chefs rectaux, puis tirer sur le chef iléo-rectal. On a ainsi une anse dont les deux chefs ressortent par le vagin, l'un par l'anus anormal et l'autre au-dessous, et dont la partie moyenne répond à la cloison à diviser. Il ne reste qu'à serrer ces fils qui, par leur élasticité, opéreront cette section.

La patiente était robuste et bien portante, mère de quatre enfants qu'elle soutient par son travail ; elle trouvait son infirmité tolérable, en somme, et elle avait une grande répugnance pour les opérations. J'avais promis à la malade et à son médecin de ne rien faire de grave. Il était très difficile de la faire revenir et séjourner à Paris pour subir une opération définitive ou que je croyais telle. Elle refusait d'ailleurs catégoriquement de se soumettre à une série nouvelle d'essais dont je ne pouvais lui assurer ni l'innocuité ni le succès.

Pour toutes ces raisons, et avec les idées que je professe sur la chirurgie réparatrice et sur la nécessité d'avoir non seulement le consentement, mais même d'attendre la demande expresse de la malade pour faire, en somme, une opération de complaisance, je ne crus pas devoir insister et j'en restai là.

C'est, dira-t-on, de la timidité ; j'en conviens, mais j'aime mieux pécher par là que dans la direction contraire. »

Il y a bien dans ces deux versions quelques dissemblances, mais elles sont peu importantes. Dans les deux cas, il s'agit d'une sage-femme, nommée Alexandrine, B., d'après M. Demarquay, Mayeux d'après M. Verneuil, mais l'un peut avoir donné le nom de fille, et l'autre le nom de femme de la ma-

lade. L'accouchement, le septième d'après M. Verneuil, le huitième, d'après M. Demarquay, aurait eu lieu à trente-neuf ans d'après l'un, à trente-six d'après l'autre.

Mais, dans les deux cas, l'accouchement s'est fait dans les mêmes conditions : lenteur du travail, application de forceps au quatrième jour, enfant très gros, puis phénomènes de pelvi-péritonite calmés vers le dixième jour, et, vers le quinzième, apparition des matières fécales dans le vagin, direction de la fistule à gauche dans les deux cas. Dans les deux relations, la malade est entrée dans le service de Demarquay, en 1867, et on lui fit le tamponnement du vagin, etc.

Reste à expliquer comment Demarquay a pu croire avoir affaire à une fistule intestinale, et à démontrer qu'il s'est réellement trompé.

On ne peut admettre un seul instant, je pense, que la fistule qui siégeait dans le col de la matrice en 1867 ait changé de place de façon à occuper le cul-de-sac postérieur du vagin en 1875. Je crois plutôt que M. Demarquay, en examinant le vagin au spéculum, est arrivé d'emblée dans le cul-de-sac postérieur, et qu'il a pris pour le col utérin l'orifice de l'anus vaginal, et un léger degré de prolapsus de la muqueuse intestinale pour le col utérin « tuméfié, à lèvre postérieure bifide et à lèvre antérieure débordant la bifidité. » Ceci expliquerait à merveille que M. Demarquay ait pu introduire dans le col utérin son doigt, qui était énorme, jusqu'à deux centimètres et demi de profondeur, puis son doigt et une sonde métallique à laquelle il servait de guide. Comment, sans cette hypothèse, croire que six semaines après l'accouchement, alors que l'utérus était revenu presque à ses dimensions normales, puisqu'il ne mesurait que cinq centimètres de profondeur, comment croire que le col de l'utérus ait pu se laisser pénétrer aussi facilement par le doigt de M. Demarquay ? Nous ne voyons pas d'ailleurs d'autre manière d'expliquer la divergence d'opinion qui existe entre les deux chirurgiens qui ont observé et décrit le fait en question.

Je dois ajouter que M. Verneuil, après avoir pris connais-

sance de la version de M. Demarquay, a adopté ma manière de voir.

Nous allons procéder maintenant, à l'aide des éléments que nous a fournis l'analyse de chaque fait, à la description des fistules génito-stercorales. Comme pour les affections ordinaires, nous diviserons cette description en chapitres distincts, et nous étudierons successivement la pathogénie, l'anatomie pathologique, les signes, la marche et la terminaison, les complications, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Ici nous devons faire une remarque importante relativement à la définition de l'affection.

Simon, puis Hégar et Kaltenbach et après eux Breisky, décrivent deux variétés de communication entre l'iléon et le vagin : l'*anus contre nature*, et la *fistule stercorale*.

Le premier prend naissance quand, après la rupture du col ou du cul-de-sac postérieur du vagin pendant l'accouchement, les anses d'intestin grêle s'engagent spontanément ou par suite de tractions dans cette ouverture, et après la soudure de leur revêtement péritonéal avec les bords de la fente, se gangrènent et se détachent. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin s'abouchent deux ouvertures intestinales dont les parois intermédiaires, accolées dans une certaine étendue en forme d'éperon, séparent les deux bouts de l'intestin. La guérison spontanée de cette variété est rare, le pronostic très sérieux par conséquent, et la guérison après opération très difficile à obtenir.

Il en est tout autrement des fistules stercorales simples. Celles-ci, qu'elles s'ouvrent dans l'utérus ou dans le vagin, ou dans un kyste intermédiaire, se forment de la même manière, soit par pincement d'une anse intestinale dans la rupture utérine ou vaginale, soit par perforation des deux cavités après accollement par inflammation, sphacèle ou dégénérescence cancéreuse. L'ouverture de la cavité intestinale est ici, par opposition à l'anus contre nature, pariétale, et n'empêche

pas le passage ultérieur d'une partie des fèces dans le segment inférieur de l'intestin. Ajoutons que la guérison spontanée de cette variété est très commune, que dans certains cas, il a suffi de quelques cautérisations pour l'obtenir, et que, par suite, le pronostic est bien moins sérieux que celui de la première variété.

Nous indiquerons donc soigneusement dans notre description, les différences qui existent entre l'*anus* contre nature vaginal et les *fistules* iléo-utérines ou vaginales.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES

Par **T. GALLARD**, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris (1).

L'OVULATION

DANS SES RAPPORTS AVEC LA MENSTRUATION ET LA FÉCONDATION.

(SUITE ET FIN) (1).

De ce que chez un certain nombre de femmes, auxquelles on a enlevé les ovaires, on voit se produire un écoulement sanguin par les voies génitales, il ne faut pas se hâter de conclure à la persistance du flux menstruel.

Péan (3) et Terrillon (4) ont fait remarquer, avec raison, que ces pertes sanguines n'ont rien de commun avec les règles, car elles sont le plus souvent passagères, se montrent à des époques irrégulières et elles présentent surtout ceci de particulièrement remarquable qu'elles se produisent après la plupart des grandes

---

(1) Leçon d'ouverture du cours de l'année 1882-1883 (11 novembre 1882).

(2) Voir *Annales de gynécologie*, numéro de novembre 1882.

(3) Péan, *loc. cit.*

(4) Terrillon. *Des troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques et après l'ovariotomie. Annales de gynécologie*, septembre 1882.

opérations, quel qu'en soit le siège, aussi bien qu'après l'ovariotomie.

Péan ajoute que si les ovaires ont été enlevés en *totalité*, la ménopause est la conséquence forcée de l'opération, tandis que si un seul ovaire a été extirpé, les règles ne sont pas habituellement troublées, parfois même elles reviennent plus régulières qu'avant l'opération. L'aménorrhée et les autres troubles de la menstruation, qui sont causés par l'altération de la santé générale due à la présence du kyste ovarique, ne tardent pas à disparaître lorsque la guérison s'effectue à la suite de l'ablation de ce dernier. L'ovaire sain reprend alors ses fonctions d'une façon régulière et normale, et la menstruation se rétablit avec sa régularité physiologique.

Les cas dans lesquels les choses se passent ainsi ne sont pas rares et Le Bec en a pu relever d'assez nombreux exemples.

Mais si cette explication est parfaitement valable dans les cas où un seul ovaire a été enlevé, elle ne peut plus être invoquée lorsqu'il s'agit de ceux dans lesquels on a pratiqué l'ablation *totale* des deux organes ovariques. Je souligne avec intention ce mot *totale*, car si l'on examine avec une suffisante attention tous les faits invoqués comme exemples de persistance de la menstruation après extirpation des deux ovaires, on reconnaît que tous ces faits peuvent se ranger dans deux catégories.

Dans les uns, où tout permet de supposer que l'ablation a été réellement complète, *absolue*, l'écoulement sanguin ne s'est reproduit que d'une façon irrégulière, à des époques indéterminées, séparées par des intervalles plus ou moins éloignés et sans présenter la périodicité régulière ni les autres signes caractéristiques d'une véritable menstruation. De ces faits, dont Péan et Terrillon nous ont donné la véritable explication, nous n'avons pas à nous occuper plus longtemps; ils n'ont aucune valeur dans la discussion à laquelle nous nous livrons en ce moment.

Restent ceux où, à la suite de l'opération, les règles se sont reproduites avec la même régularité que par le passé. Mais, dans aucun de ces cas, on n'a la preuve certaine, évidente, in-

contestable, que les deux ovaires ont bien été réellement enlevés *dans leur totalité*. Et ce qui justifie les doutes que je me crois autorisé à élever à ce sujet, malgré toute la confiance que m'inspirent les opérateurs qui ont procédé à ces extirpations, c'est que le fait ne s'est jamais produit à la suite des opérations les plus simples, où il est si facile de voir et de reconnaître tout ce qu'on enlève, mais seulement après ces opérations laborieuses et pénibles qui consistent en de véritables dissections dans lesquelles, au milieu de nombreuses adhérences, on coupe des lambeaux de l'utérus ou de la trompe, sans être bien sûr qu'on n'a pas laissé de plus ou moins gros fragments de l'ovaire. Or, vous savez, messieurs, qu'il suffit qu'une très petite portion de l'ovaire soit respectée pour que le travail de l'ovulation se reproduise et sollicite sur la muqueuse utérine l'exhalation sanguine de la menstruation, et cela en dépit de toutes les mutilations que peut avoir subi la trompe de Fallope.

Permettez-moi, pour justifier devant vous cette manière d'interpréter la persistance de la menstruation après une ovariotomie double, d'examiner avec vous quelques-uns des faits qui ont été cités parmi ceux que l'on a considérés comme les plus concluants.

Storer (1) a rapporté l'exemple d'une femme de 35 ans, réglée à 14 ans, ayant eu trois accouchements à terme et trois fausses couches, qui subit plus tard l'ablation des deux ovaires. « Les trompes, dit Storer, furent cependant respectées, et par une dissection attentive on parvint à les séparer des ovaires malades. » Les règles survinrent dès le lendemain de l'opération, trois semaines après l'époque précédente. L'auteur ajoute que, plus d'un an après l'opération, la menstruation persistait avec une régularité *presque* absolue, l'intervalle étant ordinairement d'un mois, quelquefois de deux.

Dans cette observation, nous devons relever la dissection

(1) Storer. *De la menstruation sans ovaires. Archives de physiologie*, t. I, 1re série, p. 376.

minutieuse des trompes durant laquelle il est bien permis de supposer que quelque portion de l'ovaire a pu échapper au bistouri du chirurgien.

Un fait très remarquable de menstruation régulière a été publié tout dernièrement par Engelmann (1). L'opération, qui porta sur les deux ovaires, présenta des difficultés considérables, à cause d'adhérences nombreuses. Ce qui autorise encore à penser qu'une portion d'ovaire a fort bien pu rester après l'opération.

Battey (2), dans un mémoire communiqué à la Gynecological Society, en 1876, admet que la ménopause est la règle, quand les ovaires ont été extirpés en totalité. Il a vu à la vérité, à la suite d'ovariotomies doubles, pratiquées par lui, la menstruation se continuer, mais il fait remarquer que l'opération avait été rendue très difficile et voici comment il rend compte des conditions dans lesquelles elle a été pratiquée : « Les tissus environnants étaient si adhérents aux ovaires dégénérés, et il me fut si difficile d'amener les organes sous les yeux, *qu'il m'est impossible de dire si la glande tout entière fut comprise dans la ligature.* »

Après cet aveu, il se déclare d'autant plus enclin à admettre que l'ablation a été incomplète que, chez une des malades qu'il a opérée, dans ces conditions, les phénomènes douloureux qui existaient avant l'opération ont persisté par la suite, ce qui n'a pas eu lieu chez ses autres opérées, au nombre de 55, dont il est sûr d'avoir parfaitement enlevé les deux ovaires *en totalité* et chez lesquelles la ménopause est survenue, sans le moindre retard, comme conséquence immédiate de cette ablation.

Et ne croyez pas, messieurs, que ce soit là une pure hypothèse, une explication imaginée pour les besoins de la cause et ne reposant que sur de simples vues de l'esprit.

(1) Engelmann. *Ovariotomy; difficulties, diagnostic and operative; continued menstruation after double ovariotomy. In American J. of the medical sciences*, avril 1882.

(2) *Extirpation of the functionally active ovaries for the renedy of othewise incurable diseases. In Gynecological transactions*, 1877.

Cette explication est confirmée par un fait d'observation clinique aussi probant et aussi démonstratif que possible. Nous en devons la connaissance à Hegar, qui le rapporte de la façon suivante :

« Weinlechner m'a raconté un fait intéressant. Il fit une « ovariotomie double à une jeune fille qui n'avait eu ses règles « que trois fois. Les règles se montrèrent pendant *huit* ans « après l'opération. Il se développa alors une tumeur grosse « comme une tête d'adulte qu'il fallut extirper. *C'était un kyste* « *formé dans les débris restants de l'ovaire gauche* (1). »

Cette observation, fait remarquer M. Le Bec, quoique bien courte, rapprochée des difficultés opératoires d'une ovariotomie double, peut nous permettre de comprendre bien des écoulements réguliers, inexplicables sans cela. En tout cas, elle justifie nos réserves et elle nous autorise à nous associer à cette appréciation de l'auteur qui l'a rapportée :

« Je ne puis croire facilement au retour des règles après une ovariotomie double, car les sources d'erreurs me semblent trop nombreuses. Un fragment d'ovaire sain, ou en partie seulement dégénéré, peut-être oublié, car le pédicule est souvent un produit unique de l'art. Il en résulte qu'une partie de l'ovaire, formant paroi d'un kyste, peut parfaitement être oubliée par la ligature, et ce fragment permet de retrouver des vésicules de Graaf. Le fait est certain et c'est ce qui est arrivé à Waldeyer, qui en rencontra dans un pédicule d'ovariotomie. »

Des faits semblables auraient du reste, au dire de Le Bec, été observés par Kœberlé, Panas et Peaslee; ils nous suffisent pour nous donner le droit d'exiger que l'on ne considère comme de véritables exemples de persistance de la menstruation, après extirpation complète des deux ovaires, que les cas dans lesquels on se sera assuré de la réalité de cette ablation complète, par l'examen anatomique des parties laissées dans

(1) Fait rapporté dans le travail de M. Le Bec.

le ventre de la femme, aussi bien que de celles qui en ont été enlevées.

Et je ne connais, jusqu'à présent, aucun fait scientifique qui donne cette double démonstration.

A côté de ces exemples empruntés à la pratique chirurgicale, je pourrais vous en citer de tout aussi nombreux, ayant un caractère exclusivement médical et qui me permettraient de vous montrer que la destruction pathologique des ovaires conduit à la ménopause tout comme leur extirpation, sans que les exceptions invoquées puissent en rien infirmer cette règle dont la rigueur est absolue. C'est ainsi que, Aran — qui a tenu je ne sais trop pourquoi, à inscrire son nom parmi les partisans de l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation quant tout le portait à conclure dans un sens opposé, comme j'aurai à constater, dans un instant, qu'il l'a fait du reste, — Aran, dis-je, a cru pouvoir citer comme aidant à démontrer cette indépendance le fait suivant observé chez une femme de 64 ans, affectée de rétrécissement de l'orifice mitral, avec insuffisance de la valvule bi-cuspide. « Après s'être suspendues depuis l'âge de 48 ans jusqu'à l'âge de 52 ans, les règles avaient reparu de nouveau régulièrement *toutes les trois ou quatre semaines*. A l'autopsie on trouva les deux ovaires atrophiés sans aucune trace d'ovulation, l'utérus volumineux ramolli, la membrane muqueuse hyperémiée et la cavité utérine contenant un caillot de récente formation. »

J'admettrai difficilement qu'on vienne me présenter comme un exemple de menstruation, cet écoulement sanguin qui se fait avec une périodicité plus que douteuse, *toutes les trois ou quatre semaines*, chez une femme qui a dépassé depuis longtemps l'époque de la ménopause et qui est atteinte de maladie du cœur. Il me faudrait des observations plus concluantes et j'estime qu'il faut être bien à court pour ne pouvoir en apporter d'autres. Aran était peut-être de mon avis, car il n'a pas osé insérer cette observation dans son texte, et il l'a reléguée dans une simple note, attendant sans doute, pour l'en faire

sortir, des faits plus concluants, qui ne se sont jamais produits.

Tout au plus pourrait-on, en forçant outre mesure les analogies, rapprocher de cette observation celle qui a été présentée en 1876, à la Société de Biologie, par M. de Sinéty (1).

Il s'agit d'une jeune hystérique, âgée de 21 ans, qui était entrée à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, en 1872. Elle avait eu sa première attaque l'année précédente, c'est-à-dire à l'âge de 16 ans.

L'écoulement menstruel, qui s'était montré pour la première fois à 13 ans, était *irrégulier*, une ou deux époques manquant souvent. Les attaques avaient lieu surtout au moment des règles, qui étaient peu abondantes et ne duraient, en général, qu'un ou deux jours.

Les attaques hystériques étaient arrêtées facilement par la compression de l'ovaire droit, la malade présentait de l'hyperesthésie ovarienne du côté droit.

Au moment de la mort, qui fut due à une tuberculose pulmonaire, la muqueuse utérine présentait tous les caractères de la muqueuse utérine au moment du début de la période menstruelle, indiquant, dit l'auteur, que l'écoulement menstruel était sur le point de se produire, quoiqu'il n'y eût sur aucun des deux ovaires de follicule de de Graaf à sa période ascentionnelle, non seulement arrivé à maturité, mais même n'ayant pas dépassé l'état de follicule primordial.

Est-ce à dire que cette femme fut menstruée sans qu'il se fît aucun travail d'évolution dans ses ovaires? En aucune façon, et pas plus que pour la vieille femme cardiaque d'Aran, il n'est permis de considérer, comme de véritables règles, les métrorrhagies dont cette tuberculeuse, hystérique, a été affectée à des époques tout à fait irrégulières.

Mais, nous dit-on, la muqueuse utérine présentait tous les signes caractéristiques de l'imminence d'une prochaine irrup-

---

(1) De Sinéty. *Menstruation sans ovulation*. *Archives de physiologie*, 1876, p. 803.

tion menstruelle. Qu'en sait-on? Est-ce que l'état de la muqueuse, à la veille de l'apparition des règles, est assez bien connu pour que, sans la moindre hésitation, on puisse, en l'examinant, annoncer leur arrivée à une date fixe? Est-ce que la métrite interne, si fréquente chez les tuberculeuses, n'imprime pas à cette membrane des modifications ressemblant, à s'y méprendre, à celles qui se produisent pendant le molimen menstruel et qui pourraient en imposer, même à un histologiste aussi compétent que l'est M. de Sinéty? J'ai tout lieu de le penser, et c'est pour cela que je n'attribue pas plus de valeur à cette observation qu'à celle qui a été rapportée par Aran.

Si des cas dans lesquels les règles ont paru se produire en l'absence du travail de l'ovulation, c'est-à-dire en dehors de l'influence physiologique de l'ovaire, nous passons à ceux dans lesquels ce travail s'est opéré sans avoir provoqué l'écoulement menstruel, nous allons voir que, tout en étant susceptible d'une autre explication, ceux-ci ne sont pas plus que ceux-là suffisants pour établir l'indépendance de ces deux phénomènes, l'ovulation et la menstruation, qui restent toujours intimement liés l'un à l'autre.

Là encore, je trouve M. de Sinéty au premier rang des opposants et, parmi les faits qui ont été produits, par lui ou par d'autres, je m'arrête à celui qui a été considéré comme le plus probant.

Une femme meurt de phthisie pulmonaire dans un hôpital de Paris. Il y avait plusieurs mois qu'elle n'avait été réglée et cependant, en faisant son autopsie, on trouva sur l'un de ses ovaires un corps jaune de nouvelle formation, témoignage irrécusable de la déhiscence, toute récente, d'un ovule arrivé à maturité et dont l'évolution ni la ponte n'avaient cependant pas déterminé l'apparition du flux cataménial.

Les faits de cette nature, sans être communs, ne sont pas excessivement rares et nous en trouvons au moins un tout pareil dans l'excellente thèse de mon ancien interne, M. Ver-

meil (1); mais ils ne méritent pas le bruit que l'on a fait autour d'eux, pour arriver à conclure que la menstruation n'est pas sous la dépendance de l'ovulation et que les deux phénomènes sont étrangers l'un à l'autre. Ils signifient une seule chose, c'est que, dans certains cas, chez les femmes épuisées par une diathèse, par une chlorose, par une convalescence pénible qui les a rendues anémiques, l'organisme n'a plus assez de force ni de ressort pour répondre, par une hémorrhagie, aux sollicitations de l'ovaire, et que l'effort du *molimen* qui, pendant le travail de l'ovulation, attire le sang dans le système génital et le congestionne jusqu'à déterminer d'habitude la rupture des capillaires de la muqueuse utérine, peut manquer de l'énergie nécessaire pour arriver à ce dernier résultat et s'épuiser en quelque sorte, avant que l'hémorrhagie ne se produise. Et la preuve, c'est que souvent ce *molimen* se traduit par une hypersécrétion de la muqueuse et que l'on voit alors survenir de véritables *règles blanches*, à la place des règles rouges qui ont fait défaut.

C'est cependant sur des faits de cette nature que M. de Sinéty s'est fondé pour arriver à conclure que :

« Toute théorie générale relative à cette fonction est encore prématurée, dans l'état actuel de nos connaissances. Il est certain que le plus souvent, chez les femmes mortes au moment des règles, on trouve, sur l'un des deux ovaires, un follicule rompu, ou sur le point de se rompre. La congestion excessive que subissent à ce moment les organes génitaux explique parfaitement la déchirure du follicule, pour peu qu'il s'en rencontre un assez développé, et l'ovaire, dans ce cas, n'a qu'un rôle tout à fait passif. Mais n'y eût-il qu'une seule exception, et aujourd'hui elles sont nombreuses, qu'on ne pourrait plus, à notre avis, admettre la théorie ovarienne, telle que nous la trouvons formulée dans la plupart des livres classiques. Nous dirons donc, pour résumer notre pensée, que *l'ovulation et*

---

(1) Vermeil. *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses.* Paris, 1880, obs. I, p. 15.

le flux menstruel sont deux phénomènes ordinairement connexes, mais non liées nécessairement l'un à l'autre » (1).

On remarquera que, tout en admettant une vérité qui s'impose malgré lui à son esprit, l'auteur de ce passage cherche à renverser, en quelque sorte, les termes du problème en soumettant les actes qui se passent dans l'ovaire à l'influence des phénomènes congestifs observés dans l'ensemble du système génital. Mais alors, il devrait nous dire d'où vient cette congestion, qu'est-ce qui la sollicite, si ce n'est pas le travail même de l'ovulation effectué dans l'ovaire?

Aran (1), qui, avant lui, s'était mis aussi en opposition avec la doctrine de l'ovulation, s'était exécuté de bien meilleure grâce, l'orsqu'après examen attentif des faits, il s'était vu forcé de déclarer que :

« C'est seulement à partir du moment où l'on a reconnu « que la production de l'écoulement menstruel était liée à la « présence des ovaires que l'on a pu proposer des explications « de quelque valeur. »

Aussi, après ce premier aveu, n'a-t-il pas hésité à ajouter :

« Je suis tout disposé à admettre d'une manière générale « l'exactitude de la théorie de la ponte spontanée. Sans les « ovaires, sans le développement régulier des ovules, les « femmes ne seraient certainement pas réglées. »

Et pour ne nous laisser aucun doute sur sa pensée, il a terminé la discussion par cette conclusion bien significative :

« A mes yeux, l'ovulation est aussi un phénomène de pre- « mier ordre; sans le travail qui s'accomplit dans l'ovaire, « jamais l'impulsion ne serait donnée à la fonction mens- « truelle. »

Que nous faut-il de plus? et jamais ceux qu'il a appelés les *enfants perdus de la théorie* en ont-ils dit davantage? Tenons-nous en donc là, et considérons comme un fait désormais

(1) De Sinéty, *Manuel pratique de gynécologie*, p. 546.

(1) Page 280 et suivantes.

incontestable que **c'est le travail de l'ovulation qui donne l'impulsion à la fonction menstruelle.**

Cette corrélation entre l'ovulation et la menstruation explique celle qui existe entre la menstruation et la fécondation et qui, je vous l'ai déjà dit, est constatée depuis Hippocrate. Seulement, nous avons l'explication du phénomène qui manquait aux anciens, et nous savons que si le moment où a lieu l'écoulement menstruel, plutôt la fin que le commencement, est l'époque la plus favorable pour la conception, c'est parce que s'opère alors la déhiscence de l'œuf, arrivé à maturité. Et cette explication est acceptée même par M. de Sinéty, dans le passage suivant, que je tiens à citer textuellement :

« Quoique la rupture d'un follicule de Graaf et l'expulsion d'un ovule ne résultent pas forcément de chaque époque cataméniale, il n'en est pas moins vrai que la fécondation paraît plus probable dans les quelques jours qui suivent les régles ; ce qui se comprend facilement, car, comme nous l'avons dit, l'expulsion de l'ovule, *tout en n'étant qu'un phénomène passif*, accompagne le plus souvent la congestion menstruelle. »

D'après cela, on serait tenté de conclure : 1° que les femmes non menstruées ne peuvent pas être fécondes ; 2° que la fécondation ne peut s'opérer qu'au moment même de la menstruation. Ce serait aller trop loin, car nous venons de voir que, dans certains cas, l'ovulation se fait régulièrement sans que l'hémorragie cataméniale se produise. Il est vrai que l'écoulement sanguin est souvent alors remplacé par un écoulement simplement muqueux, et qu'en tenant compte de cette particularité, on pourrait dire, avec Themmen, que les femmes qui n'ont aucun écoulement par les parties génitales sont absolument stériles. Mais cet écoulement muqueux ne peut-il pas manquer lui-même et ne se pourrait-il pas faire que le mouvement fluxionnaire, n'atteignant même pas la muqueuse utérine, ne sollicitât aucun travail sécrétoire de ce côté, alors

---

(1) De Sinéty, p. 551.

même que l'ovulation s'effectuerait régulièrement? C'est ce que je ne saurais dire, tout en reconnaissant que la tuberculeuse de M. de Sinety, tout comme celle de M. Vermeil, auraient parfaitement pu concevoir, quoique n'étant pas réglées.

Ce sont là des questions que nous aurons à traiter lorsque nous nous occuperons de l'*aménorrhée*. Je vous en ai déjà parlé l'année dernière, à propos d'une femme qui était devenue enceinte dans des conditions analogues (1) et j'ai déterminé mon interne, M. André Petit, à entreprendre sur ce sujet intéressant un travail qui sera prochainement publié et dans lequel vous trouverez d'importants documents.

Nous reconnaissons donc que les femmes peuvent être fécondes sans être menstruées, par cela seul que l'ovulation, tout en s'effectuant dans des conditions régulières, peut, dans certains cas exceptionnels, ne pas provoquer l'écoulement sanguin auquel elle donne lieu d'habitude.

En ce qui concerne la fécondation, en dehors de l'époque menstruelle, elle est également possible, mais à une condition, c'est qu'un nouvel ovule sera arrivé à maturité et se sera détaché dans l'intervalle. Mais, me dira-t-on, admettre la possibilité de ce fait, c'est ruiner de fond en comble la théorie qui repose uniquement sur la coïncidence de la périodicité de la maturation des ovules avec celle de l'irruption des règles. J'en conviens. Cependant, il faut bien admettre que cette périodicité peut changer et que, dans certaines conditions, l'intervalle, d'un mois environ, qui sépare la déhiscence successive de deux ovules, peut se trouver singulièrement abrégée. L'ovule, ainsi mûri avant l'heure, peut être immédiatement fécondé et, contrairement à l'opinion de Négrier, d'Avrard et d'autres auteurs, la conception peut s'opérer entre deux époques menstruelles, dans cette période qu'ils ont appelée *agénésique*.

Mais ne croyez pas, messieurs, que ces fécondations, que nous pourrions appeler *irrégulières*, puissent être invoquées

(1) *Annales de gynécologie.*

pour combattre la théorie de la subordination de la menstruation à l'ovulation, que je viens de vous exposer. Bien au contraire, elles la confirment, car, si nous ne nous en tenons pas aux seuls faits de fécondation, et si nous cherchons ce qui se passe lorsqu'un ovule est arrivé prématurément à maturité, nous voyons qu'il survient une irruption prématurée des règles.

J'ai cité, il y a bien longtemps déjà (1), l'observation d'une femme chez laquelle les choses se sont ainsi passées. Les règles se sont montrées en avance de quinze jours, sous l'influence d'excitations amoureuses prolongées, et j'ai vu bien des fois depuis le même fait se reproduire dans les mêmes conditions.

Vous en trouverez des exemples quotidiens dans ce qui se passe pour les nouvelles mariées. Les mères de famille ont, on le sait, le plus grand soin de choisir, pour fixer l'époque du mariage, le milieu environ de l'intervalle intermenstruel, en l'éloignant le plus possible des règles à venir; et cependant, elles sont presque toujours, malgré leurs précautions, surprises de voir les règles suivantes arriver avec une très grande avance, à moins qu'elles ne soient complètement supprimées par une grossesse, qui date des premiers jours. N'est-ce pas là la preuve que les excitations de la lune de miel ont suffi pour hâter la maturité d'un ovule et, par suite, ont provoqué prématurément ou la conception, ou le retour de la menstruation, qui sont l'une aussi bien que l'autre sous la dépendance de l'ovulation.

(1) *Des hématocèles.*

CONSIDÉRATIONS SUR LE FORCEPS

Par le Dr H. Stapfer.

Il est de règle, en France, d'enseigner à faire des applications de forceps obliques, lorsqu'on opère dans l'excavation, comme le seul moyen de saisir régulièrement la tête, c'est-à-dire par les côtés, chaque bosse pariétale occupant l'une des fenêtres de l'instrument. Dans une communication faite au Congrès médical de Londres par M. Tarnier, et reproduite dans les *Annales* du 15 juin 1882, le savant chirurgien en chef de la Maternité faisait remarquer « que dans une application oblique, les manches du forceps ne doivent pas être laissés dans le plan médian du corps; mais doivent être portés vers la cuisse gauche si la concavité de la courbure pelvienne des cuillers regarde à gauche; vers la cuisse droite, si la concavité de la courbure pelvienne des cuillers regarde à droite. » On se propose en opérant ainsi d'appliquer l'instrument tout à fait régulièrement et d'agir en particulier sur l'occiput ou sur le menton, puisque l'abaissement de l'un ou de l'autre facilite le troisième temps du travail, appelé temps de rotation.

Le forceps de M. Tarnier, instrument fort supérieur à celui de Levret (n'en déplaise à l'éloquent et spirituel défenseur du vieux forceps), l'expérience *de visu et de manu* sur les mannequins perfectionnés de MM. Pinard et Budin, apprennent bien des choses à qui veut s'en donner la peine, maintenant que grâce à l'esprit réformateur du Dr Farabeuf, inspiré par les élèves de M. Tarnier et en particulier par l'entraînante parole du rédacteur en chef de ce journal, les *Manœuvres obstétricales* sont à la disposition de tous. Examinons donc comment se comporte l'instrument lorsqu'il est appliqué obliquement.

Nous supposerons d'abord que cette application est faite sur le sommet en position O.I.D.P. La cuiller gauche a été placée

sur la symphyse sacro-iliaque gauche et la cuiller droite à été ramenée derrière l'éminence iléo-pectinée droite. L'instrument est articulé.

Fixez le tracteur, saisissez-le à poignée et tirez. Aussitôt vous verrez les manches de l'instrument dévier vers la cuisse gauche. Notons en passant que grâce à la courbure dont est muni le tracteur, quoique vous suiviez avec lui les branches de préhension, vous tirez cependant dans le prolongement de l'axe pelvien, ce que vous ne pouviez pas faire avec le forceps de Levret, à moins de saisir l'instrument très haut ce qui est au détriment de la solidité de la prise et de l'énergie des tractions. M. Tarnier a appelé l'attention sur cette indiscutable supériorité de son forceps. Mais revenons à ce qui nous occupe, à la direction extérieure des manches, et intérieure des cuillers.

Ouvrez le mannequin et regardez. Grâce à cette déviation des manches vers la cuisse gauche, les cuillers se sont portées vers le côté droit du bassin, vers l'occiput. Si elles débordent encore un peu la sphère céphalique poussez les branches de préhension vers la cuisse. Alors vous constaterez que la cuiller gauche introduite et placée sur la symphyse sacro-iliaque gauche a glissé dans la concavité du sacrum et que la tête est saisie ainsi avec une régularité irréprochable. Bien entendu, le degré de la déviation des manches dépend du degré de flexion de la tête. Il y a là des nuances très difficiles à apprécier avec l'instrument de Levret, tandis que le forceps de M. Tarnier indique la bonne direction d'une manière aussi précise que possible, dans une opération qui n'est mathématique qu'en théorie. Réserve faite des nuances, disons qu'on arrive, par l'inclinaison des manches, à empêcher les cuillers de déborder. C'est là un premier avantage.

Le second ne se fera guère attendre. Dès que vous tirerez, vous verrez l'occiput saisi entre le bec des cuillers s'abaisser, et par conséquent la tête se fléchir, ce qui lui permettra de pivoter sans difficulté.

Il en est de même pour les positions O.I.G.P. Seulement l'in-

clinaison des manches se fait en sens inverse, c'est-à-dire vers la cuisse droite.

Ainsi donc, lorsque l'occiput est tourné en arrière, on a tout avantage à dévier les manches vers l'une ou l'autre cuisse. C'est le seul moyen d'avoir une prise régulière. Les cuillers ne débordant pas, les parties molles ne courent pas le danger d'être blessées, et l'occiput étant saisi par le bec des cuillers est aussitôt et énergiquement abaissé. La flexion se fait.

Voyons si les choses se passent de même pour les positions antérieures,

Prenons comme exemple la position O.I.G.A pour laquelle le forceps appliqué obliquement a sa concavité tournée vers la gauche de la femme, comme pour la position O.I.D.P.

Si nous laissons les manches sur la ligne médiane, les cuillers débordent la sphère céphalique. Si nous les faisons dévier vers la cuisse gauche, la tête est régulièrement saisie, les cuillers ne débordent plus. Jusqu'ici l'avantage de cette déviation est le même que dans les positions postérieures; mais tandis que dans ces dernières par suite de la déviation. le bec des cuillers saisissait l'occiput pour l'abaisser, dans les positions antérieures la déviation porte le bec des cuillers vers le front, ce qui est un inconvénient, puisque dans toute présentation du sommet lorsqu'on intervient avec les instruments, c'est sur l'occiput qu'il faut agir, en l'abaissant pour augmenter la flexion.

Donc dans les positions antérieures, pour saisir l'occiput il faudrait non seulement laisser les manches du forceps sur la ligne médiane, mais les dévier un peu vers la cuisse droite pour les positions gauches, vers la cuisse gauche pour les positions droites, ce qui est l'inverse de la méthode justement recommandée pour les positions postérieures.

Le dilemme suivant se pose : ou bien l'on fait dévier les manches du côté vers lequel est tournée la concavité de la courbure pelvienne, alors la prise est régulière, mais on saisit le front avec le bec des cuillers; ou bien les manches restent sur la ligne médiane ou sont même un peu déviés du côté vers lequel

est tournée la convexité de la courbure pelvienne, alors la prise est irrégulière, mais on saisit l'occiput avec le bec des cuillers.

Nous avons vu souvent à l'Ecole pratique, la démonstration expérimentale de ce dilemme auquel on ne peut échapper, en faisant appliquer le forceps sur la face, présentation dans laquelle il est bien plus important de saisir le menton qu'il ne l'est de saisir l'occiput dans celle du sommet; opération fort difficile, car l'instrument ne s'adapte pas à la tête défléchie comme il s'adapte à la tête fléchie.

Un élève saisit habilement le menton, l'abaisse, fait la rotation, l'amène sous la symphyse, et là il échappe au bec de l'instrument qui dérape, car il ne tenait que le menton. Un autre élève saisit une notable portion de la sphère céphalique. La prise est solide; mais comme le menton n'est pas dans le bec des cuillers, la tête se fléchit incomplétement et c'est le front qui vient se dégager sous la symphyse, quand le volume de l'extrémité céphalique le permet.

Comment l'accoucheur doit-il donc se conduire dans les présentations du sommet en position antérieure et dans les présentations de la face, en positions antérieure et postérieure.

Dans ces dernières il est de toute nécessité de saisir le menton. Sans doute la prise ne sera pas toujours solide; mais cet inconvénent est moins grave que celui qui résulte d'une meilleure prise au point de vue de la solidité, car la tête pourrait s'enclaver.

Par conséquent on fera dévier très fortement les manches de l'instrument du côté vers lequel est tournée la concavité de la courbure pelvienne et les tractions seront faites dans ce sens, vers la cuisse gauche pour les droites postérieures, vers la cuisse droite pour les gauches postérieures.

Dans les positions antérieures, celles de la face et celles du sommet, lorsque la flexion ou la déflexion sont incomplètes, il sera nécessaire de saisir le menton ou l'occiput, et pour cela de dévier les manches du côté de la convexité de la courbure pelvienne, ou tout au moins de les laisser sur la ligne médiane à égale distance des deux cuisses. Mais dans les positions anté-

rieures du sommet, lorsque la flexion est suffisante, il vaut mieux faire une application directe. C'est une bien vieille pratique, et somme toute, excellente. Nous croyons qu'elle doit donner des résultats aussi bons pour les positions antérieures de la face, quand la déflexion est bien prononcée.

Les anciens accoucheurs disaient que la tête pivote entre les doigts de l'opérateur. Cela est parfaitement vrai, réserve faite, nous le répétons, sur le degré de la flexion ou de la déflexion.

On a alors la satisfaction, si l'on se sert du forceps à aiguille, de faire une application sans tâtonnements, admirable de tous points, il faut le dire, car s'il est une opération mathématique en théorie et en pratique, par conséquent parfaite, c'est l'application directe au détroit inférieur du forceps à cuillers courtes de M. Tarnier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Allaitement artificiel des nouveau-nés. — M. DE VILLIERS déclare que dans l'allaitement artificiel, il faut se rapprocher le plus possible de la marche que suit la nature elle-même, qui, dès les premiers jours, ne donne pas à l'enfant le lait du sein tout complet ; il est donc nécessaire de couper le lait de l'animal avec de l'eau simple, si ce lait est pur, de le sucrer légèrement, car trop de sucre altère et excite la soif de l'enfant, et d'employer l'eau dans la proportion de la moitié pour le premier mois, d'un quart pour le mois suivant et de le donner pur dès le 3e ou 4e mois, selon la tolérance de l'estomac et les besoins de l'enfant. C'est là une étude presque journalière et délicate à faire, et qui demande beaucoup de soins et d'attention de la part des personnes chargées de l'allaitement artificiel.

Quant à la proposition faite par M. Tarnier de créer une étable et une crèche d'essai, contenant un petit nombre d'enfants abandonnés, M. de Villiers, bien qu'il ne repousse pas d'une manière absolue cet

essai, et qu'il soit même disposé à lui prêter son concours, se demande si réellement une expérimentation tentée avec tous les soins, toute la prudence et toutes les conditions hygiéniques et scientifiques les plus désirables, nous en apprendra plus que celle qui vient d'être faite par M. Parrot, aux Enfants-Assistés et par M. Tarnier à la Maternité. Il ne sera jamais possible d'accumuler dans le nouvel établissement, un personnel d'enfants plus nombreux que celui accepté par ces deux éminents collègues ; ce personnel exigera des soins, une surveillance et des aménagements semblables à ceux qu'ils ont établis.

Les travaux antérieurs, comme l'a rappelé avec tant de raison M. Jules Guérin, ont déjà fourni un contingent assez respectable de faits pour que l'on puisse se prononcer sur la valeur des méthodes dans telle ou telle situation donnée ; restent sans doute quelques détails de régime à mieux connaître, mais ce qui, selon M. de Villiers, domine tout dans l'allaitement artificiel des enfants, et ce qui rend incontestable le résultat des faits acquis, c'est l'active surveillance, la propreté constante, l'observation journalière de la santé de l'enfant, que des parents intelligents, une mère surtout, sont seuls capables d'apporter, avec le médecin, dans la nourriture de l'enfance.

(*Séance du* 10 *octobre* 1882.)

De l'allaitement artificiel. — M. Guéniot donnait des soins, il y a 18 ans, à une jeune accouchée lymphatique très heureuse de pouvoir nourrir elle-même son enfant. Mais des gerçures et un abcès survinrent et il fallut cesser l'allaitement. L'enfant avait treize jours. M. Guéniot conseilla une nourrice qui ne fut pas acceptée et l'on prit le biberon, sur les conseils d'une voisine qui avait pu nourrir au biberon sept enfants avec plein succès. Dans ce cas également, l'enfant fut élevé au biberon et aujourd'hui c'est un beau garçon de 18 ans 1/2.

Ce fait frappa M. Guéniot ; il y a vingt ans, on n'admettait guère la possibilité d'un succès pour le biberon à Paris. Depuis lors, M. Guéniot a vu un certain nombre de succès analogues, mais, à côté de cela, un nombre incommensurable d'insuccès. L'allaitement artificiel est un art au même titre que la médecine elle-même. Il faut avoir pour cela une certaine pratique. Cette opinion s'applique surtout à l'allaitement artificiel employé dès le début et à l'allaitement artificiel secondaire.

Un médecin de Jouy-en-Josas, le Dr Gilberton du Breuil, a créé, en mars 1879, une crèche. Sur les 8 enfants élevés au biberon, dans cette crèche, pas un seul n'a succombé. L'allaitement artificiel au biberon peut donc réussir ; il suffit de savoir l'appliquer. M. Tarnier a critiqué dans tous ses détails l'allaitement artificiel. Le lait d'ânesse est évidemment un lait supérieur au lait de vache, mais qui coûte 4 francs le litre et, par suite, ne peut être employé que dans les familles aisées. Ce qui est surprenant, c'est que M. Tarnier ait pensé que ce lait ne pouvait être employé que pendant deux ou trois mois.

Le lait de vache employé peu après la traite et provenant d'une vache en bonne santé, qui n'a pas vêlé depuis longtemps, peut être considéré comme un lait de bonne qualité. Le lait ne doit être bouilli que s'il doit être employé longtemps après la traite. Il faut couper le lait ; s'il est trop coupé, il est facile de voir que l'enfant n'est pas assez alimenté et alors il faut le couper un peu moins. Il y a un point très important et que M. Tarnier a oublié, c'est la quantité. Il n'y a point d'enfant élevé au biberon qui meure réellement de faim par suite d'un trop fort coupage de lait. M. Tarnier trouve que tous les biberons sont mauvais. M. Guéniot trouve que tous les biberons sont bons, pourvu qu'ils soient faciles à nettoyer. Il ne faut pas une précision excessive comme celle que demande M. Tarnier.

(*Séance du 24 octobre 1882.*)

Paul RODET.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Grossesse interstitielle ou tubo-utérine. — M. ALBAN DORAN présente un spécimen de ce cas. Le kyste fœtal était situé sur la partie droite du fond de l'utérus. Le ligament rond partait de la face antéro-externe du kyste, la trompe pénétrait dans son intérieur et s'y épanouissait comme dans un infundibulum. La partie inférieure du kyste venait bomber dans la cavité utérine et l'on pouvait faire passer une soie jusque dans la cavité kystique en l'introduisant par l'*ostium uterinum* de la trompe. Celle-ci devenait infundibuliforme au moment où elle débouchait dans le kyste. L'origine tubaire du kyste était donc nettement démontrée. La rupture s'était faite au second mois. L'ovaire droit présentait un corps jaune. M. Doran a examiné les cinq

autres cas de ce genre qui se trouvent au musée de Londres et attire l'attention sur la rareté de cet état et sur la tendance qu'il présente à se terminer par une rupture précoce. Si l'on avait fait la section abdominale, l'hystérectomie aurait été la seule ressource.

Céphalotribe. — M. Jennings présente un céphalotribe perfectionné.

Hermaphrodite. — M. Chalmers présente les organes genito-urinaires d'un enfant dont les parties internes étaient du sexe féminin et dont les parties externes ressemblaient à celles du sexe masculin. Le clitoris présentait un sillon à sa partie inférieure mais pas trace de canal.

M. Doran dit que la présence d'un sillon et même d'un canal débouchant du clitoris dans l'urèthre est normale chez certains animaux inférieurs.

M. Fancourt Barnes informe la Société que l'enfant qu'il a présenté dans la dernière séance est mort et que l'autopsie a fait voir qu'il était du sexe féminin.

M. Champneys présente les organes génito-urinaires d'un individu femelle avec extroversion de la vessie, dont il a donné la description dans *Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, les organes génitaux externes pouvaient appartenir à l'un ou à l'autre sexe.

Torsion du cordon. — M. Chalmers présente un cordon ombilical remarquable par sa torsion et son rétrécissement au niveau de l'ombilic.

Tumeur du placenta. — M. Galabin présente un placenta qui renfermait une tumeur du volume et de la forme d'un cœur humain adulte. Elle était entourée d'une capsule et sa face utérine était recouverte par une couche complète de tissu placentaire. Dans son voisinage se trouvaient plusieurs petites masses semblables détachées.

Description d'un bassin cyphotique avec des remarques sur la description de Breisky. — M. Champneys lit un travail sur ce sujet. Le bassin qu'il décrit serait un type de bassin cyphotique s'il ne présentait une légère asymétrie ainsi qu'une saillie que l'auteur appelle « spondylolisthésis postérieur ». Il critique la description de Breisky et insiste sur l'influence de la posture assise qui augmenterait l'inversion des tubérosités ischiatiques, tandis que, dans le bassin plat,

elle augmenterait leur éversion. La différence réside dans ceci, c'est que la malformation agit sur les tubérosités ischiatiques en les faisant déjeter soit en dedans, soit en dehors de la ligne par laquelle se transmet le poids du corps, c'est-à-dire la symphyse sacro-iliaque.

Diabète puerpéral.—M. Matthews Duncan lit un travail sur ce sujet. Il établit une différence marquée entre la glycosurie légère de la grossesse et de la lactation, et le diabète réel accompagné de polyurie et d'une glycosurie abondante. Les médecins et les chirurgiens savent parfaitement combien cette affection vient compliquer d'une façon fâcheuse les maladies qu'ils observent. Cependant, l'attention des accoucheurs n'a été que très peu attirée vers la complication possible de la grossesse par le fait du diabète, ce qui tient probablement à ce qu'elle se rencontre rarement, ce qui se comprendrait facilement, le diabète abolissant chez la femme tout désir sexuel comme il le fait chez l'homme. L'auteur a pu rassembler 22 cas chez 15 femmes et fait voir la gravité de la complication par rapport à la mère et à l'enfant. Des 22 grossesses (y compris celles qui ne sont pas arrivées à terme) 4 se terminèrent par la mort de la mère peu après l'accouchement ; sur 19 grossesses survenues chez 14 femmes, dans 7 cas, l'enfant, après avoir atteint l'âge viable, mourut pendant la grossesse ; dans 2 cas l'enfant naquit faible et mourut au bout de quelques heures ; ce qui fait 9 morts sur 19 cas. Ces observations montrent que le diabète peut survenir pendant la grossesse, qu'il peut ne se montrer que pendant la grossesse, qu'il peut cesser en même temps qu'elle, qu'il peut survenir après l'accouchement et enfin, lorsque la guérison s'est effectuée, qu'il peut ne plus se présenter dans les grossesses consécutives. En outre, elles nous font voir que la grossesse peut se produire chez les femmes diabétiques, que sa marche et sa terminaison peuvent ne pas être troublées par la maladie d'une façon appréciable, mais aussi que la gestation peut être interrompue par la mort du fœtus.

M. John Williams pense que ces cas sont moins rares qu'on ne le croit, car on n'examine pas toujours l'urine. Il en a observé quatre. Il est très fréquent de trouver des traces de sucre dans l'urine, mais ce n'est pas là le diabète.

M. Robert Barnes a analysé l'urine pendant la grossesse relativement à l'albumine, à l'urée et au sucre. La présence du sucre est physiologique, quoique non constante. De Sinéty a montré que le sucre

apparaissait dans l'urine quand on cessait la lactation ; c'est là un point intéressant en rapport avec la présence de la graisse dans le foie, qui est normale dans la grossesse ainsi que l'a prouvé Tarnier. M. Barnes établit ensuite un parallèle entre la glycosurie et l'albuminurie dans la grossesse. Les deux états sont physiologiques, mais peuvent dépasser la limite physiologique et alors être le point de départ d'accidents sérieux.

M. Carter dit que la tendance au collapsus et au coma qui est le propre des diabétiques constitue pour les femmes un danger pendant la grossesse et l'accouchement.

M. Matthews Duncan fait observer que la complication fatale qu'il a décrite ne se rapporte pas à la glycosurie normale. Il pense qu'en attirant l'attention sur ce sujet, on verra se publier un plus grand nombre d'observations. Il se déclare incapable de tracer des règles spéciales relativement au traitement.

Traitement de l'hémorrhagie post partum par les injections hypodermiques d'ergotinine. — M. Chahbazian lit un travail sur ce sujet. L'ergotinine est l'alcaloïde de l'ergot de seigle; elle est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et le chloroforme. Une livre de poudre d'ergot contient 18 centigrammes d'ergotinine. L'indication se présente dans les cas où l'hémorrhagie *post partum* est due à un défaut de contraction de l'utérus. La dose pour une injection hypodermique est de cinq à six gouttes d'une solution contenant 4 milligrammes d'ergotinine pour vingt gouttes de liquide. On pourrait répéter l'injection si cela était nécessaire, mais on ne dépassera pas vingt gouttes.On arrive ainsi à déterminer une contraction énergique et permanente de l'utérus, l'action est plus rapide qu'avec l'ergotine (qui n'est qu'un extrait d'ergot), et il ne se fait ni abcès locaux, ni induration. L'ergotinine est à l'ergotine, ce que la morphine est à l'extrait thébaïque.

M. Wiltshire suppose que l'on pourrait combiner avec avantage l'injection d'éther à celle d'ergotinine.

M. Brinton demande combien il faut de temps à l'ergotinine pour produire son action.

M. Chahbazian répond que d'habitude la contraction utérine apparaît au bout de deux à cinq minutes. Il ne pourrait pas dire combien de temps elle dure (*Séance du 1er novembre* 1882).

Paul Rodet.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE ROUEN.

Observation d'épithélioma végétant du col de l'utérus ; opération ; guérison ; présentation de la malade, par M. Jude Hue. — Mme H..., 28 ans, se présente à ma consultation, le 17 juin 1881 ; elle a été réglée pour la première fois à 17 ans, toujours irrégulièrement ; retards de quinze jours qui ont quelquefois atteint 4 mois. Depuis son premier accouchement, elle n'éprouve pas de douleurs au moment de ses époques, mais a des flueurs blanches glaireuses continuelles. Grossesses terminées à temps par des enfants venus facilement et en présentation céphalique.

Depuis 6 mois, l'écoulement vaginal, devenu de plus en plus abondant, sent mauvais quelquefois, est souvent coloré ; les rapports et les injections provoquent du sang.

Examen. — Femme d'un tempérament nerveux sanguin, amaigrie, teint olive, muqueuses pâles. La lèvre supérieure du col de l'utérus est grosse comme une mandarine ; elle est occupée par une masse molle, saignante, rosée, offrant au doigt et à l'œil tous les caractères de l'épithélioma végétant ; culs-de-sac postérieur et latéraux libres ainsi que la lèvre antérieure. L'utérus, non augmenté de volume, a conservé sa mobilité.

Je ne crus point devoir cacher à cette femme qu'elle était atteinte d'une affection grave dont une opération seule pouvait la débarrasser, et je l'engageai à se hâter de prendre une résolution en lui donnant bon espoir sur le résultat de l'opération.

Je ne revis Mme H... que le 24 octobre suivant, appelé près d'elle par mon excellent confrère et ami le Dr de Welling, auquel elle s'était adressée quelques jours auparavant. Pendant ces 4 mois, elle avait été soignée par deux honorables chirurgiens de Rouen et un confrère de la campagne qui, tous trois, jugeant qu'une intervention chirurgicale n'avait nulle chance de réussir, l'avaient déconseillée et institué un traitement palliatif et désinfectant.

Je trouvai la malade au lit, le teint complètement jaune-paille, les jambes enflant le soir, ne mangeant plus, répandant autour d'elle une odeur nauséabonde, le vagin occupé par une masse, de la grosseur d'une orange, qu'il était impossible de contourner assez pour arriver à sa base et s'assurer si les culs-de-sac étaient ou non envahis. Mme H... réclamait, non sans prières, l'opération que je lui avais proposée 4 mois auparavant. Je déclarai à la famille que les

circonstances n'étaient plus les mêmes, que la maladie s'était développée à un point qu'il m'était impossible de dire s'il restait encore quelqu'une des chances de salut — c'est-à-dire de tout enlever — dont j'avais parlé autrefois, mais qu'en tout cas je pensais que l'opération, en débarrassant la malade d'une masse saignante tombant en sphacèle et septique, était encore, au point de vue palliatif même, le meilleur traitement que je pusse proposer.

Opération. — Le 29 octobre 1881, elle eut lieu, avec l'aide de M. le Dr de Welling et de M. Houel, interne en médecine.

La malade, mise dans le décubitus latéral gauche, est chloroformée. Une large valve de Sims est introduite, et rapidement, aux ciseaux et au ténaculum, j'attaque par larges morceaux la masse entière qui présente, sur la tranche, une couleur brun rosé et des arborisations plus foncées, oblitérant, d'un coup de thermo-cautère, les vaisseaux qui donnent trop de sang. Le terrain déblayé, nous pûmes nous convaincre que les culs-de-sac étaient restés libres et que nous pouvions encore conserver quelque espoir de guérison. J'évidai une partie du col, fis une cautérisation au thermo-cautère, et, après un tamponnement soigneux du vagin, la malade fut remise au lit.

1er novembre. Le tamponnement est retiré. Au moyen des ciseaux et du ténaculum, j'évide le col utérin jusqu'à l'orifice interne, j'enlève tous les points indurés jusqu'à ce que toute la surface donne au doigt la sensation douce du tissu sain, puis, le sang étanché, je fais sur les parties au vif une application de chlorure de zinc, suivie du tamponnement du tiers supérieur environ du vagin.

Tout alla à souhait jusqu'au 4 novembre. Ce jour même, elle mangea avec grand appétit un beafsteak pour déjeuner; mais, vers quatre heures de l'après-midi, elle fut prise de coliques, d'un grand frisson, de sensibilité du ventre, avec une température de 40°, qui me firent craindre le développement d'une péritonite. Ces symptômes, avec tout leur caractère alarmant, persistèrent une semaine, la température oscillant entre 40 et 41°, pendant laquelle M. de Welling et moi nous ne conservions guère d'espoir. Enfin le mieux se montra, et, vers le 17 novembre, le danger disparut.

Le 25, nous trouvons, au toucher, un col reformé, petit, recouvert d'une muqueuse absolument saine, sans granulations, portant au milieu une cicatrice irrégulière.

11 décembre. L'examen au spéculum, fait en présence de M. le Dr de Welling et de M. Houel, nous montre le col sain, sur lequel

on découvre seulement un petit point rouge à gauche de la lèvre postérieure.

Mme H... put bientôt partir à la campagne, où ses forces revinrent rapidement. Elle revint me voir au mois de février 1882. Son apparence, quoique un peu chétive encore, s'était grandement améliorée, mais le petit point sur la lèvre postérieure était gros comme une lentille. Au mois d'avril, il était gros comme un pois, et, quoique Mme H... se trouvât parfaitement bien, je ne crus point devoir différer une nouvelle opération. Le 7 avril, assisté de M. le Dr de Welling, j'enlevai aux ciseaux et à la curette le point suspect, et fis ensuite une application de chlorure de zinc.

Nul accident ne survint, et aujourd'hui 8 mai, la muqueuse du col est lisse et en parfait état au toucher et à l'œil. Vous allez voir la malade, qui a l'apparence de la santé parfaite ; elle pourra vous dire elle-même que ses règles, depuis plusieurs mois déjà, sont revenues et régulières, qu'elle pesait 94 livres quelque temps avant l'opération et qu'elle pèse aujourd'hui 118, autant qu'elle ait jamais pesé (1).

Mon but, en communiquant cette observation à la Société, est d'opposer un fait à la répugnance — sinon à la proscription — qu'opposent encore un certain nombre de chirurgiens expérimentés, hardis même en d'autres circonstances, à toucher au cancer de l'utérus. Il y a loin, certes, de l'opération dont je viens d'esquisser l'histoire à celles qui sont entreprises journellement dans d'autres pays : à l'ablation totale de l'utérus — soit au moyen de la laparotomie suivant la méthode de Freund, soit par la méthode vaginale de Schrœder, soit enfin par la méthode sous-péritonéale d'Anderson.

Sans demander que nous en arrivions immédiatement à ces hardiesses, pourtant quelquefois suivies de succès, je pense que si jamais il est bien d'oser, c'est en face de cette affection, toujours fatale, et qui mène à la mort par un chemin aussi dur pour la pauvre patiente que pour ceux qui l'entourent.

Discussion.

M. Pétel. J'ai examiné au microscope une toute petite parcelle provenant de l'opération que M. Hue a pratiquée pour la récidive, et je n'y ai pas découvert les caractères qui sont décrits comme distinc-

(1) J'ai revu Mme H.. le 5 octobre 1882. Elle pesait 132 livres et le col était toujours parfaitement sain

tifs de l'épithélioma. Le tissu que j'ai examiné se rapprochait plutôt du tissu sarcomateux. Je dois dire que je n'ai pas vu un grand nombre d'épithéliomas végétants du col et que je n'en ai jamais rencontré du volume de celui qui a été opéré par M. Hue.

M. Cerné. L'épithélioma végétant auquel M. Hue pense avoir eu affaire est la variété du cancer utérin, où l'ablation réussit le mieux. Celui qui s'ulcère d'emblée ne guérit jamais. J'ai été témoin de plusieurs opérations d'épithélioma végétant qui ont réussi. Ces cancers, suivant l'expression de Verneuil, paraissent profonds et sont superficiels.

Maintenant, je me demande, d'après le volume acquis par la tumeur qui remplissait le vagin, si M. Hue n'a pas eu affaire à un papillome plutôt qu'à un épithélioma végétant. L'erreur est facile à commettre. Ainsi, j'ai vu dernièrement une ablation du pénis faite à l'hôpital pour un épithélioma supposé du gland qui n'était, comme je l'avais diagnostiqué avant et comme l'a prouvé l'examen histologique ensuite, qu'un papillome qui eût pu guérir sans mutilation de la verge. Car le papillome est bénin et ne récidive pas.

M. Hélot. Je partage l'opinion de M. Hue, qu'il est des cas où on doit intervenir dans le cancer de l'utérus, et je puis citer deux faits à l'appui.

Le premier est celui d'une dame qui portait sur la lèvre postérieure de l'utérus une tumeur ulcérée du volume d'un œuf, constituée par un épithélioma cylindrique, comme l'a constaté l'examen histologique fait par M. Malassez.

L'ablation eut lieu au moyen de l'écraseur, et la patiente fut ensuite, pendant trois années, sans le moindre accident. Au bout de ce temps, elle fut prise de symptômes vésicaux extrêmement douloureux avec épaississement de la paroi vésico-vaginale, qui me firent penser à l'indication de pratiquer une ouverture dans la cloison, afin d'amener un peu de relâche dans les douleurs. M. Hue vint la voir alors avec moi. La nature se chargea bientôt de faire la fistule, et la mort arriva peu de temps après. Mais il n'y eut jamais de récidive à l'endroit de l'opération ; le col resta indemne jusqu'à la fin.

Le second est celui d'une dame de 45 ans, à laquelle j'ai détruit, à l'aide de la pâte de Canquoin, une tumeur framboisée du volume d'une noix, développée sur la lèvre postérieure de l'utérus. Depuis 8 mois que l'opération a eu lieu, les douleurs et les hémorrhagies ont disparu, et le col se maintient absolument sain.

M. Hue. Les épithéliomas végétants du col du volume de celui qui fait le sujet de mon observation, pour n'être point très communs, ne sont point absolument rares. J'en ai rencontré un autre cas dans ma pratique, il y a quelques années ; la femme qui en était atteinte — une toute jeune femme aussi — refusa l'opération et fut emportée en moins d'une année. La littérature spéciale en contient de nombreux exemples, et je ne doute pas que ceux qui voudraient les rechercher ne s'en procurassent une abondante provision. On en trouvera en particulier dans un travail de Sims sur l'ablation du cancer de l'utérus qui a paru dans une des dernières années des *Annales de gynécologie.* Le dernier numéro de l'*American Journal of obstetrics* contient un mémoire du Dr Baker, professeur de gynécologie à Harvard University, où sont deux figures qui représentent des cas analogues au mien et une observation où « la tumeur épithéliale remplissait tellement le vagin, qu'il était impossible de déterminer les limites de l'affection (1). »

Pour ce qui est d'avoir eu affaire à un simple papillome, je ne le puis penser. Je regrette seulement aujourd'hui de n'avoir point l'examen histologique, qui supprime le doute chez tous. Je puis dire avec l'expérience que j'ai pu acquérir, que cette tumeur, au doigt et à l'œil, dans tous les caractères cliniques, était un épithelioma *végétant* et non un papillome, dont j'ai observé un certain nombre de cas aussi et qui n'acquiert point, que je sache, un pareil volume, ne revêt point une telle compacité. Cette tumeur a été examinée, avant son ablation, par trois distingués confrères de Rouen, outre moi, un praticien de la campagne et un interne des hôpitaux ; nul doute sur la nature maligne de la tumeur ne s'est élevé dans l'esprit de personne, et la petite récidive est venue faire la preuve du diagnostic.

M. Olivier. J'ai donné des soins à la malade pendant quelque temps, et ma conviction est qu'elle était atteinte de cancer. Je trouvai même l'utérus envahi à ce point, que je ne crus point qu'une opération pût avoir des chances de la sauver, et que je me contentai d'un traitement palliatif. Le résultat que nous venons de voir me semble donc très encourageant, malgré les craintes qu'on peut avoir d'une récidive.

(*Séance du* 8 *mai* 1882.)

(1) W.-H. Baker. *Treatment of Cancer of the Uterus. In American Journal of obstetrics*, avril 1882, p. 263 et suivantes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de l'art des accouchements, par S. TARNIER et G. CHANTREUIL (1).

Sue le jeune, dans la préface de ses *Essais historiques, littéraires et critiques sur l'art des accouchements*, parus en 1779, commence ainsi une de ses phrases : « La science des accouchements portée aujourd'hui presqu'à sa dernière perfection... », et en 1849, Dubois écrivait : L'obstétrique n'est pas, ainsi que certains esprits paraissent l'admettre trop légèrement, une science toute faite ; la plupart des nombreuses et graves questions qui s'y rattachent, sont au contraire bien loin d'être résolues, et elles réclameront longtemps encore sans doute la réflexion et l'expérience de tous les hommes intelligents qui se seront voués à leurs études (1).

Ainsi pour Sue, à la fin du dix-huitième siècle, Mauriceau, Levret, ne peuvent être dépassés, leurs successeurs ne feront que glaner. Et 70 ans après, alors que Baudelocque, Lachapelle, Nœgele, sont venus par leurs travaux combler tant de lacunes, faire surgir et éclairer tant de points importants, Dubois pense et vient dire avec une conviction profonde que la science obstétricale a encore beaucoup à faire !.

Si l'on recherche pourquoi ces jugements sont si différents, l'on ne tarde pas à se convaincre que la raison en est simple : Sue a étudié les accoucheurs, et Dubois les accouchements.

Or, depuis l'époque où Dubois manifestait ainsi son opinion, en France aussi bien qu'à l'étranger, les progrès réalisés dans l'art des accouchements ont été nombreux et sont venus démontrer d'une façon éclatante la véracité de ses paroles.

Les travaux se sont multipliés, et les magnifiques découvertes dont le *mécanisme* de l'accouchement, le *forceps*, le *traitement prophylactique des maladies puerpérales* ont été l'objet, pour ne parler que des sujets les plus importants, sont venues bouleverser, modifier, transformer les idées traditionnelles.

(1) Paris, 1882, Lauwereyns, éditeur.

(2) Dubois et Pajot. *Traité de l'art des accouchements.*

Tous ces travaux sont disséminés. Plus ou moins connus et vulgarisés par l'enseignement oral, ils n'ont pas été réunis, condensés dans un traité didactique. L'ouvrage des professeurs Dubois et Pajot, est resté inachevé. Celui de Cazeaux quoique rajeuni dans ses quatre dernières éditions, ne donne de la science actuelle qu'une idée absolument incomplète.

Aussi le chirurgien en chef de la Maternité de Paris, qui prit une si grande part à cette renaissance, entreprit-il de faire paraître un traité d'accouchements « dont le cadre serait assez large pour qu'il pût contenir le résumé des nombreux progrès accomplis depuis quelques années tant en France qu'à l'étranger. »

Il se mit à l'œuvre, prit comme collaborateur, G. Chantreuil, et aujourd'hui, nous venons présenter à nos lecteurs le premier des deux volumes dont se composera ce Traité.

Nous ne pouvons mieux faire, pour donner une idée du mode de facture suivi par les auteurs que d'emprunter à la préface du livre ce qui suit :

« Nous avons fait tous nos efforts pour arriver au but que nous nous proposions d'atteindre : nous avons puisé dans les classiques anciens et modernes, consulté un très grand nombre de mémoires, de monographies, de collections de journaux. Aujourd'hui plus que jamais, la science est cosmopolite, aussi avons-nous mis à profit avec le même soin les travaux français et étrangers ; mais autant que possible, nous sommes restés fidèles aux sages traditions de pratique laissées par nos illustres maîtres, Paul Dubois et Antoine Danyau. Nous avons fait aussi de nombreux emprunts aux leçons et aux publications des professeurs Depaul et Pajot qui personnifient avec une grande autorité le haut enseignement obstétrical de la *Faculté de* médecine de Paris. Mais on s'apercevra aisément que, tout en mettant à profit les travaux de nos devanciers et de nos contemporains, nous avons conservé une entière liberté d'appréciation et dit, presque partout, quelle était notre opinion personnelle et ce que l'expérience nous avait appris. Nous aurions mieux aimé ne rien écrire que de nous borner au simple rôle de compilateurs. »

Ce premier volume qui renferme 956 pages de texte et 285 figures, traite de la génération à l'état normal et est divisé en sept sections.

1° Anatomie de l'appareil génital de la femme ;

2° Physiologie des organes génitaux avant la grossesse ;

3° Grossesse normale ;

4° Accouchement (entocie) ;
5° Délivrance naturelle ;
6° Etat puerpéral physiologique ;
7° Hygiène des nouveau-nés.

Etant admis jusqu'à présent qu'un Traité d'accouchement « tout en répondant aux besoins des praticiens et des élèves les plus aptes et les mieux préparés par des études préliminaires, doit être à la portée de l'intelligence plus modeste et moins éclairée... d'autres » nous n'avons rien à objecter aux nombreuses pages consacrées à l'étude élémentaire et purement anatomique du bassin, de ses parties molles, et des organes de la génération. Dans toute cette exposition magistrale concernant le bassin, nous regrettons toutefois de n'y pas voir discuter les opinions de Fabbri et de Moralès. Nous ne reprocherons point de n'y pas voir mentionner les travaux de Verneau et de Bacarisse, car le premier fascicule de ce Traité était paru avant la publication de ces ouvrages, et nous sommes certain que cette lacune sera comblée lors de la 2e édition.

L'étude des *organes génitaux externes et internes*, des *mamelles* est aussi complète que possible. Il en est de même de l'*ovulation*, de la *menstruation* et de la *fécondation*. A ce propos, nous signalerons tout particulièrement le paragraphe concernant la *fécondation artificielle*.

La *grossesse* est envisagée pour la première fois sous toutes ses faces. Cette section comprend huit chapitres relatifs aux *modifications de l'organisme maternel*, à l'*ovologie et à l'embryologie*, à la *description des annexes du fœtus*, au *fœtus*, aux *signes et diagnostic de la grossesse*, aux *grossesses multiples*, à la *durée* et à *l'hygiène de la grossesse*.

Nous ne croyons pas qu'on puisse aujourd'hui ajouter un mot à cette magnifique description des modifications de l'organisme maternel.

Plus de cent pages sont consacrées à l'ovologie et à l'embryologie. On pourra être étonné en voyant de si longs développements donnés à cette partie, et on objectera qu'on n'apprend pas généralement l'embryologie dans un Traité d'accouchements. M. Tarnier répond d'avance à cette objection dans sa préface : « Nous avons, dit-il, consacré de longues pages à l'ovologie. En voici la raison : au moment où nous avons fait paraître le fascicule relatif au développement de l'œuf humain, le professeur Sappey n'avait pas encore publié son *Embryologie*, aussi les étudiants ne savaient guère où trouver un résumé d'ovologie et d'embryologie qui fût au courant des découverte

récentes. Nous avons donc simplement voulu combler une lacune et vulgariser une science indispensable a tout accoucheur instruit. »

Et nous ajouterons qu'on ne saurait leur être trop reconnaissant d'avoir bien voulu accomplir ce travail opiniâtre. Les hommes qui se sont occupés particulièrement de cette science à évolution si rapide, comprendront seuls ce qu'il a fallu de travail et d'érudition pour mener à bonne fin cette entreprise.

L'histoire du fœtus, la description de ses annexes, ne laissent absolument rien à désirer. On trouvera là des chapitres nouveaux et dont l'importance n'échappera à personne. Nous voulons parler de l'*attitude*, des *présentations* et des *positions du fœtus pendant la grossesse.*

La lecture de ces pages suffirait à démontrer, si cela était encore nécessaire aujourd'hui, que nous n'en sommes plus à l'*art des accouchements*, mais que nous sommes entrés de plein pied dans la *science obstétricale.* En effet, l'histoire complète du fœtus pendant la vie intra-utérine, la connaissance de ses rapports avec la cavité utérine et la cavité pelvienne aux différentes périodes de la grossesse nous permettent maintenant de faire disparaître, dans la pluralité des cas, ces écarts de la nature qu'on subissait autrefois comme étant du ressort de la fatalité, et contre lesquels venaient si souvent échouer l'expérience et l'habileté.

Les *signes de la grossesse*, sont au point de vue purement clinique admirablement étudiés et décrits. En est-il de même du paragraphe intitulé : *Valeur séméiologique des signes de la grossesse* ? Nous nous permettons de discuter ce point.

MM. Tarnier et Chantreuil divisent les signes de la grossesse en signes de *présomption*, de *probabilité* et de *certitude.*

Pour eux, les signes de *présomption* sont tous d'*origine maternelle* et sont constitués par : la suppression des règles, la coloration violacée de la vulve et du vagin, les troubles du système nerveux et de l'appareil digestif, les modifications des mamelles, le développement du ventre et de l'utérus, les vergetures, l'effacement de la cicatrice ombilicale et la pigmentation de la ligne blanche, le souffle utérin et les modifications du col utérin.

Les signes de *probabilité* sont tous d'*origine fœtale.* Ainsi la sensation obtenue par le palper des parties fœtales, la perception des mouvements actifs, du choc fœtal si parfaitement décrit par le professeur Pajot, le ballottement, sont des signes *probables.*

Ils n'admettent, comme signes de *certitude*, que la perception des

bruits du cœur et la perception des parties fœtales ou ovulaires accessibles au toucher à travers l'orifice utérin.

Il nous semble que cette décision est peu philosophique.

Nous pensons que quand un fœtus remue, il existe, et si nous le sentons remuer dans le ventre d'une femme, nous en arriverons naturellement à conclure que la femme est *certainement* enceinte.

Quant au *ballottement*, il nous paraît aussi que quand on a eu la sensation bien nette d'un corps solide, mobile et flottant dans un liquide, *le tout contenu dans l'utérus*, on peut affirmer la présence du fœtus.

Il y a des causes d'erreur dites-vous? Il est difficile de l'obtenir dans les cas de présentation du siège, du tronc, d'insertion vicieuse du placenta, et de plus on a pu obtenir le ballottement en dehors de la conception, dans les cas de pierre dans la vessie, d'antéflexion de l'utérus, de kyste de l'ovaire et d'autres tumeurs de l'abdomen? Nous répondrons d'abord que la rareté d'un signe ou la difficulté de sa perception n'en atténue nullement la valeur; ensuite, que dans le ballottement perçu lorsqu'il y a une pierre dans la vessie, ou que l'utérus est en antéflexion, on ne trouve pas ce que nous avons décrit plus haut, c'est-à-dire *corps mobile flottant dans un liquide, le tout contenu dans l'utérus.*

De plus, est-ce qu'on ne peut se tromper en auscultant? Ne connaissons-nous pas des cas devenus légendaires où les hommes les plus expérimentés se sont trompés? Ne peut-on point, en pratiquant le toucher, prendre un polype en voie d'expulsion pour une partie fœtale? Il n'y aurait plus alors en suivant ce raisonnement aucun signe de certitude.

Est-ce que nous en serions réduits au doute, si nous étions en présence d'une femme ayant dans l'utérus un fœtus de huit mois mort depuis quelques jours? Nous n'entendrions pas les bruits du cœur, et si le travail n'était pas commencé, nous ne pourrions atteindre directement les parties fœtales, et cependant nous sommes persuadé que M. Tarnier n'hésiterait pas à affirmer la grossesse dans un cas semblable.

Pour toutes ces raisons, nous estimons qu'il serait plus logique de comprendre les signes *d'origine fœtale* parmi les signes de *certitude.*

La quatrième section consacrée à l'*accouchement* contient les chapitres suivants : *Des causes de l'accouchement à terme; des phénomènes physiologiques du travail; des phénomènes mécaniques de l'accouchement;*

de l'influence du travail de l'accouchement sur les fonctions maternelles et fœtales; *durée et pronostic du travail*; *des soins que l'accoucheur doit donner à la femme et à l'enfant pendant le travail de l'accouchement*; *de l'accouchement multiple*; *ligature et section du cordon ombilical.*

Quand on a lu et relu cette magistrale étude, lorsqu'on songe aux qualités exigées pour une telle élaboration, la louange seule vient naturellement à l'esprit et fait disparaître toute tentative de critique. Nous devons cependant rester dans notre rôle et remplir jusqu'au bout notre délicate et difficile mission.

Quelques esprits pourront ne pas être complètement satisfaits de l'ingénieuse hypothèse émise par M. Tarnier pour expliquer le mouvement de rotation dans les occipito-postérieures. En se plaçant à un autre point de vue, il pourra paraître étrange de voir dans un volume qui ne traite que de la génération à l'état normal, l'histoire à peu près complète de l'accouchement, lorsque l'enfant se présente par le tronc.

Nous savons bien que cette manière de faire est classique, mais est-elle parfaite pour cela ? D'aucuns pensent à tort ou à raison qu'il serait peut-être mieux d'envisager les choses d'une autre façon.

Tout ce qui concerne la *délivrance* sera lu avec le plus vif intérêt et le plus grand profit. Tarnier et Chantreuil rappellent le principe posé par le professeur Pajot, à propos de l'administration du seigle ergoté. Les indications de l'intervention sont nettement formulees.

Il y a cependant deux lignes qui, à notre avis, devront disparaître lors de la deuxième édition, car elles pourraient être cause de quelques insuccès. En effet, après avoir expliqué comment il faudra procéder pour exercer des tractions sur le cordon, Tarnier et Chantreuil ajoutent : « le placenta doit venir facilement; quand on éprouve de la résistance, il faut s'arrêter pour recommencer plus tard » Il est vrai qu'aussitôt après se trouve cette phrase : « On doit tirer sur le cordon d'une manière lente et continue, afin que le placenta puisse se *mouler*, suivant l'expression du professeur Pajot, sur les orifices qu'il traverse; il ne faut jamais tirer par mouvements brusques et saccadés. » Ne serait-il pas préférable de rappeler ici les deux fameux mots du professeur Pajot : Quand, dit-il, je me suis assuré que les conditions nécessaires pour exercer des tractions sur le cordon existent, je le saisis et je tire ; si j'éprouve de la résistance, je le *tends* et *j'attends*.

Quant à la *délivrance par expression utérine*, il est impossible d'en

mieux exposer et apprécier les avantages et les.... inconvénients.

Que de choses instructives dans la sixième section consacrée à l'état puerpéral physiologique !

Si tous les médecins et sages-femmes suivaient les principes contenus dans cette partie, et particulièrement dans l'article relatif à l'hygiène des Maternités, nous sommes convaincu que bien des existences seraient sauvegardées.

Nous ne dirons rien de la septième section qui concerne *la physiologie et l'hygiène de la première enfance*, car nous ne ferions que répéter ce qu'en a dit notre excellent ami et collaborateur le Dr Chenet, dans le dernier numéro des *Annales*.

Ajoutons, en terminant cette rapide analyse, que l'éditeur, M. Lauwereyns, a mis tous ses soins à cette publication. La partie typographique est irréprochable, et les figures fort bien exécutées.

Si nous nous sommes reconnu le droit de formuler franchement les quelques critiques de détail qui nous ont paru fondées, nous avons de même le devoir de dire ce que nous pensons de l'ouvrage en général. MM. Tarnier et Chantreuil ont établi les assises d'un monument superbe. Ils ont droit à toute notre reconnaissance, car ils ont rendu la tâche facile à tous nos compatriotes qui voudront s'instruire; ils ont droit à notre reconnaissance, car ce livre va démontrer, une fois de plus, ce que voulait Jacquemier, à savoir que la France, après avoir été dans cette branche de la science, comme dans les autres, à la tête du mouvement, après avoir rempli le monde du bruit de ses travaux, ne peut et ne veut consentir à se laisser classer en obstétrique à la suite de l'Angleterre, de l'Allemagne, voire même de l'Amérique. N'en déplaise à M. James R. Chadwick (1), la France peut lui sembler faire preuve d'un manque absolu d'originalité, mais nous attendons encore de son pays, aussi bien que des autres, un livre qui pourra rivaliser avec celui que nous venons d'analyser.

Aussi, espérons-nous le deuxième volume avec la plus vive et légitime impatience.

Le collaborateur érudit que s'était adjoint M. Tarnier a été enlevé par une mort soudaine. G. Chantreuil est mort avant d'avoir pu jouir de ce beau et grand succès. Son nom est désormais inséparable de l'œuvre.

---

(1) V. *Annales de gynécologie*, novembre 1882.

Pour rédiger le second volume, M. Tarnier s'est adjoint le Dr Budin, en remplacement de Chantreuil.

Budin, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, est assez connu par ses travaux, par son érudition, pour que nous soyons certain à l'avance que le second volume ne le cédera en rien au premier. Nul plus que lui n'était mieux préparé pour être le collaborateur d'un tel ouvrage, nul ne méritait davantage l'honneur de pouvoir mettre son nom à côté de celui d'un tel maître.

A. PINARD.

VARIÉTÉS

Nouveau Journal. — Nous avons reçu le premier numéro de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*

Cette publication, fondée sous la direction de MM. Cadet de Gassicourt et de Saint-Germain, a pour rédacteur en chef, M. Pierre J. Mercier, et pour éditeur, M. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

Nous souhaitons la bienvenue à ce journal qui vient combler une lacune importante dans la littérature médicale.

Erratum. — Nous avons publié, dans notre numéro de novembre, un article intitulé : *De l'enseignement des accouchements dans les hôpitaux de Paris et à la Faculté de médecine*, que nous avons attribué par erreur à M. le Dr LANGLET.

L'article extrait du *Progrès médical*, a paru sans nom d'auteur.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Extraits de pathologie infantile de Blache et Guersant, publiés par le Dr E. BLACHE, avec une préface de M. le Dr ARCHAMBAULT, médecin de l'hôpital des Enfants. 1 vol. grand in-8 de 500 pages. Prix : 8 fr.

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Sucr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XVIII

Juillet à Décembre 1882.

